

TUMORES PHYLLODES DE MAMA: UN RETO RADIOLÓGICO

Carlota Bello Franco¹, Juan Ramón y Cajal Calvo¹,
Leticia Moreno Caballero¹, Raquel Navas
Campo¹, Enrique Álvarez Arranz¹, Blanca
Madariaga Ruiz¹.

¹Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa,
Zaragoza.

carlotabello93@gmail.com

OBJETIVO DOCENTE

- Realizar una revisión de los métodos de imagen de elección en esta patología.
- Describir los principales hallazgos radiológicos en el diagnóstico de los tumores Phyllodes mamarios.
- Exponer las principales técnicas en cuanto a su diagnóstico.

Epidemiología e histología

El tumor Phyllodes supone menos del 1% de todos los tumores de la mama. La incidencia se encuentra entre el 0.3% y el 0.9% de todos los tumores mamarios. Suele afectar a mujeres entre 30 y 50 años, y es excepcional en varones.

Su etiología no es del todo conocida, si bien se han reportado casos asociados con situaciones de **hiperestrogenismo** como el embarazo o la lactancia y con el traumatismo mamario. Sin embargo, se cree que hasta la mitad de ellos podrían derivar de otras lesiones mamarias benignas como son los **fibroadenomas**. Un pequeño porcentaje presentan semiología radiológica de malignidad.

Es un tumor mixto con predominio de células estromales y células epiteliales.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) los clasifica recientemente en sus guías en benignos (más del 50%), borderlines y malignos (25%), en cuanto a sus características histopatológicas, como pueden ser: Márgenes celulares, celularidad del estroma, atipia celular y actividad mitótica.

Clínica

- Masa **palpable, multinodular** y bien definida y consistencia firme.
- Crecimiento normalmente **rápido**, alcanzando gran tamaño en ocasiones y con protrusión hacia la piel.
- Suele ser móvil e indoloro.
- Menos frecuentemente se puede observar retracción del pezón, ulceración, fijación a la pared torácica, enfermedad bilateral y afectación axilar.
- Gran tasa de **recidiva local** tras su exéresis.
- Pueden existir adenopatías palpables en el 20% de los casos (las metástasis ganglionares son raras).

Radiología

No se han descrito hallazgos patognomónicos de esta patología. Sin embargo, describiremos a continuación los hallazgos en las pruebas de imagen más accesibles que nos permitirán establecer un diagnóstico de sospecha:

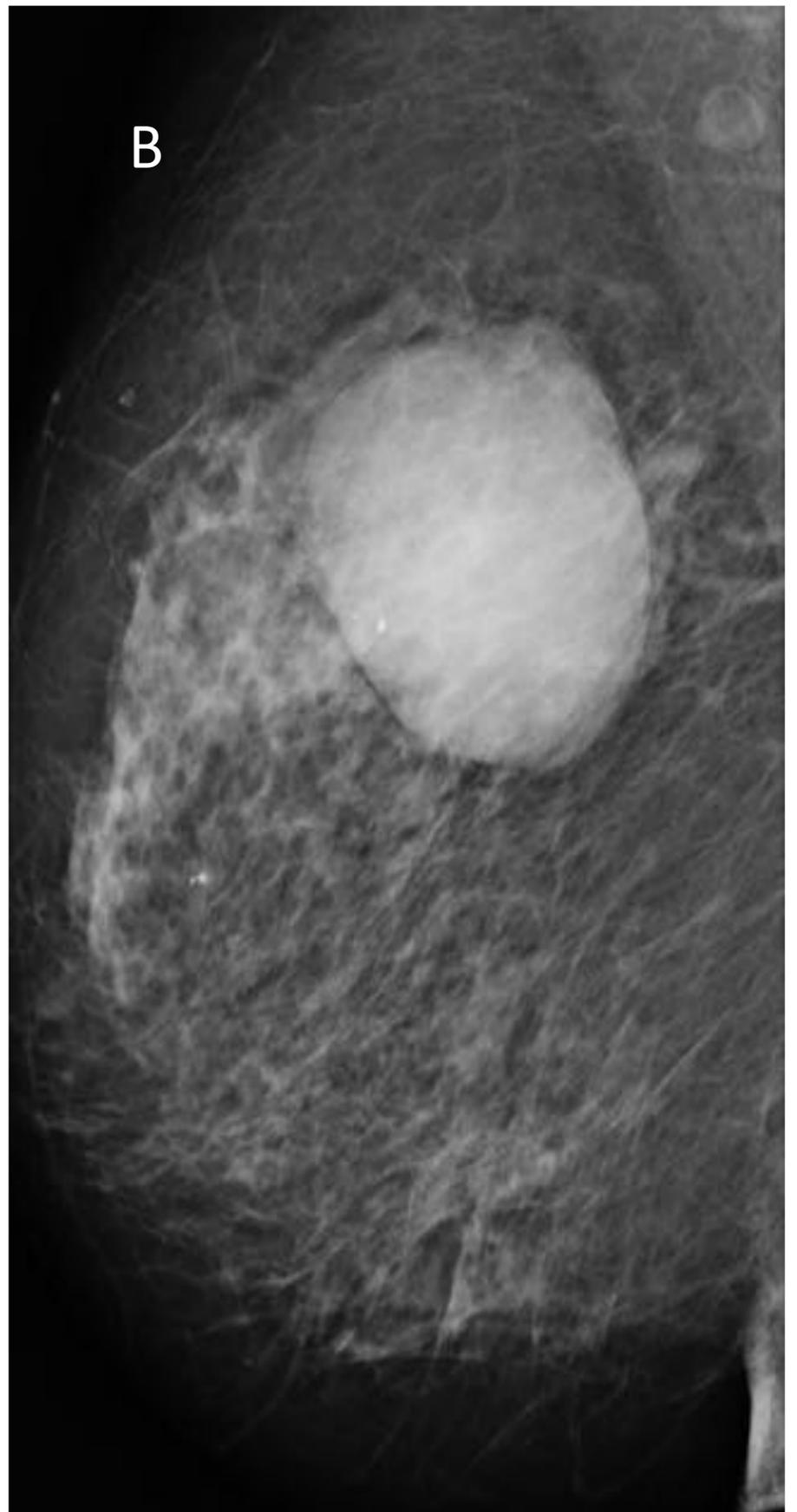
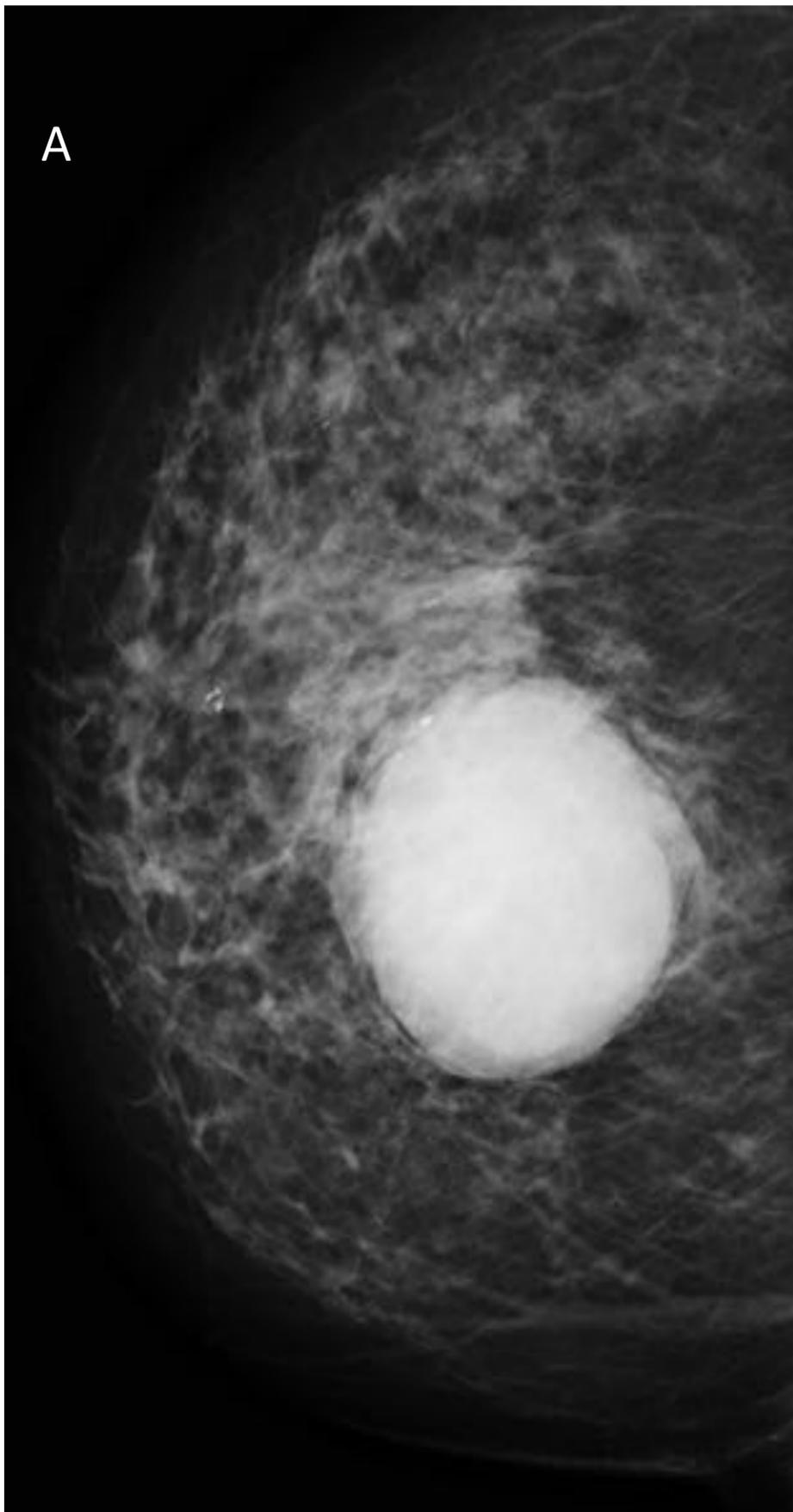
MAMOGRAFÍA

- Masa de **alta densidad** o isodensa, normalmente de **gran tamaño**, redondeada o **lobulada**, con márgenes circunscritos.
- Ausencia de calcificaciones con frecuencia (por su rápido crecimiento).
- El DD ha de realizarse con quiste celular, fibroadenoma, y carcinoma.
- Para realizar el DD con un hamartoma, la **tomosíntesis digital** tiene un valor añadido a la hora de diferenciar entre un tumor Phyllodes (tumoración isodensa sólida) de un hamartoma, que destacará por la presencia de grasa intercalada con tejidos blandos.

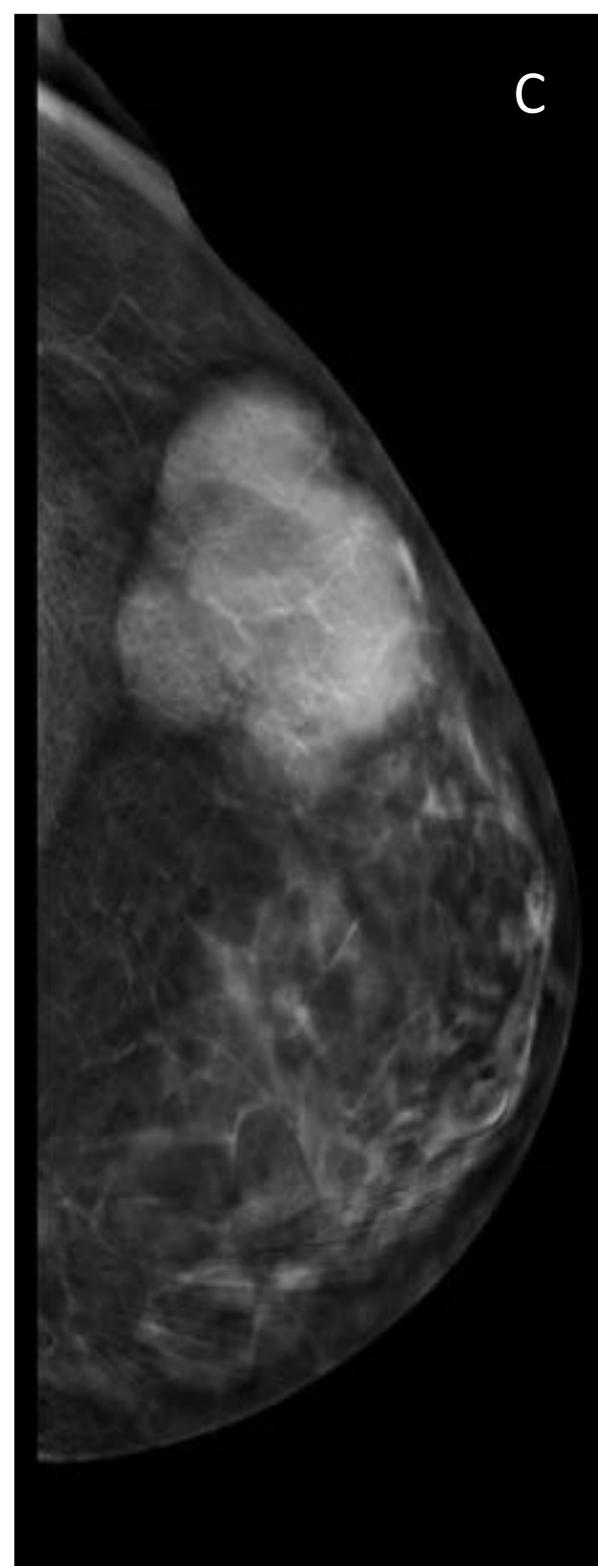
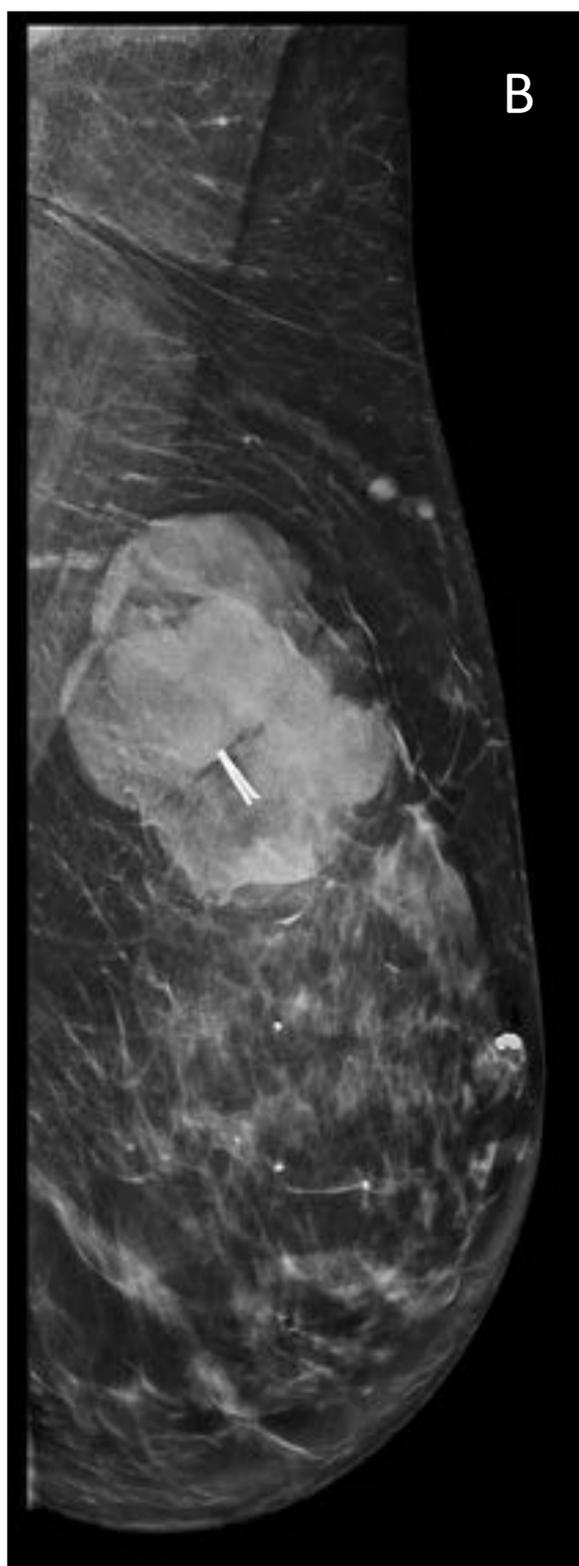
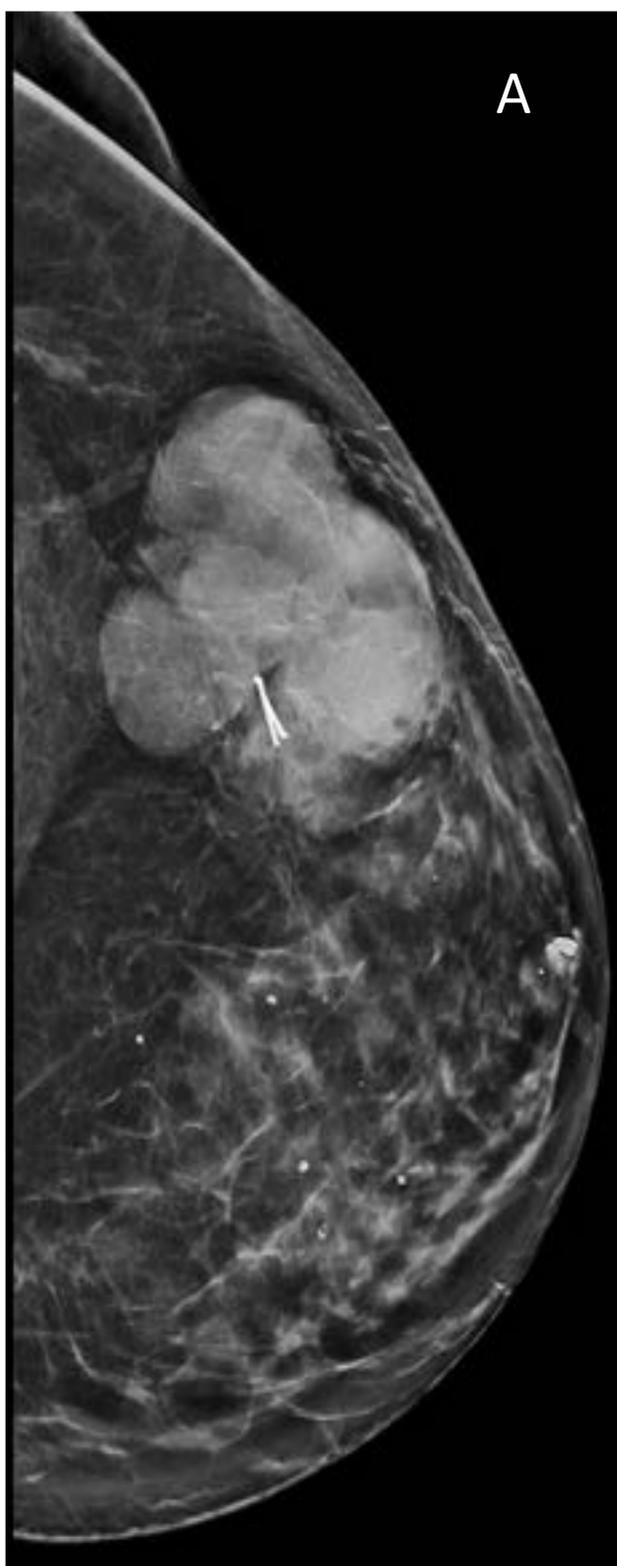
SISTEMA BIRADS

- La sospecha de tumor Phyllodes se establece en base al tamaño tumoral y a la rapidez de crecimiento.
- Por sus características clínicas y distintas formas radiológicas, los tumores Phyllodes se suelen situar en el grupo **BIRADS 4**, que comprende un amplio grupo de lesiones con grado de sospecha entre 2% y 95%. Se asigna por exclusión en hallazgos que no cumplen criterios de lesiones probablemente benignas (categoría BI-RADS 3), ni de alta sospecha (categoría BI-RADS 5), pero en las que se considera necesaria la caracterización histológica por punción percutánea.

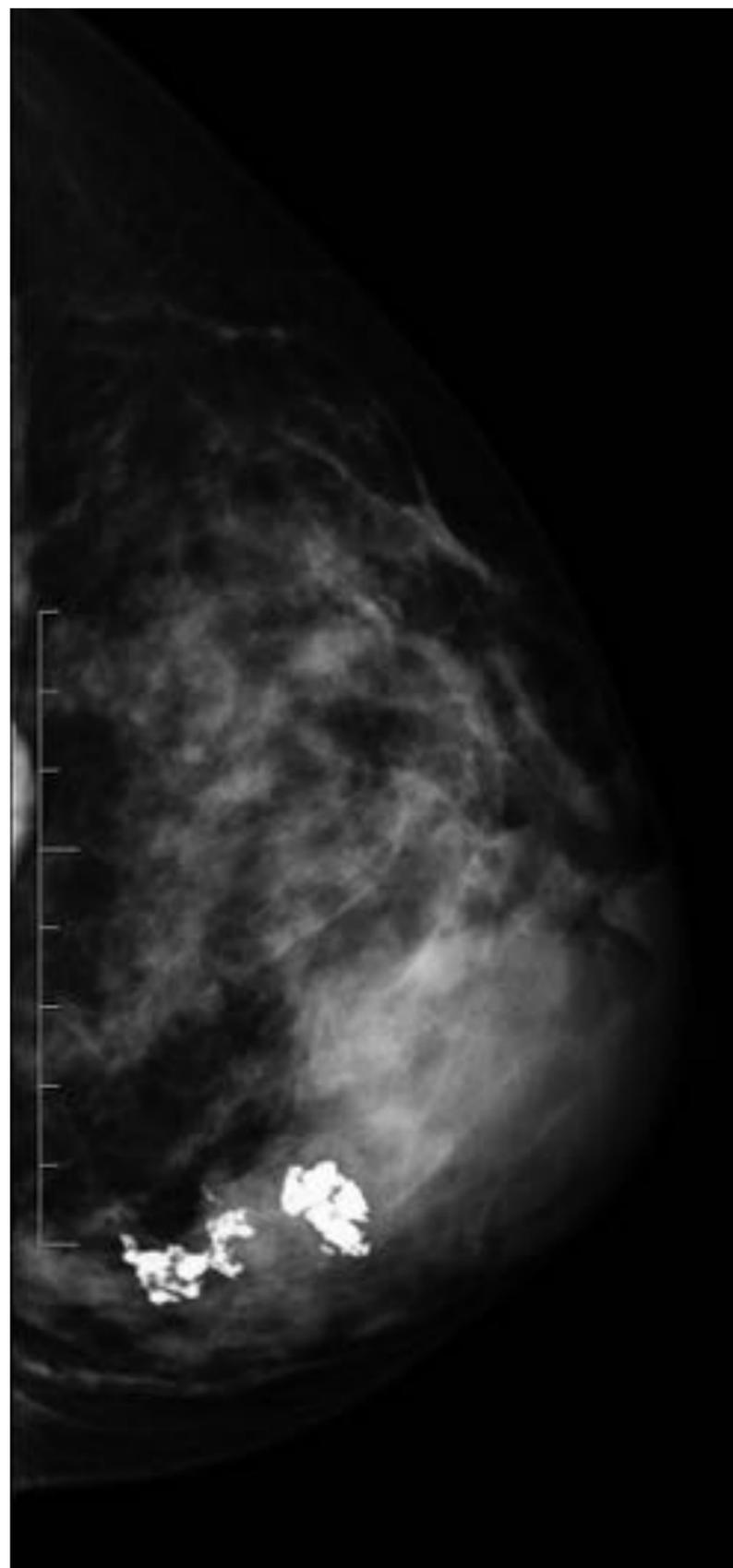
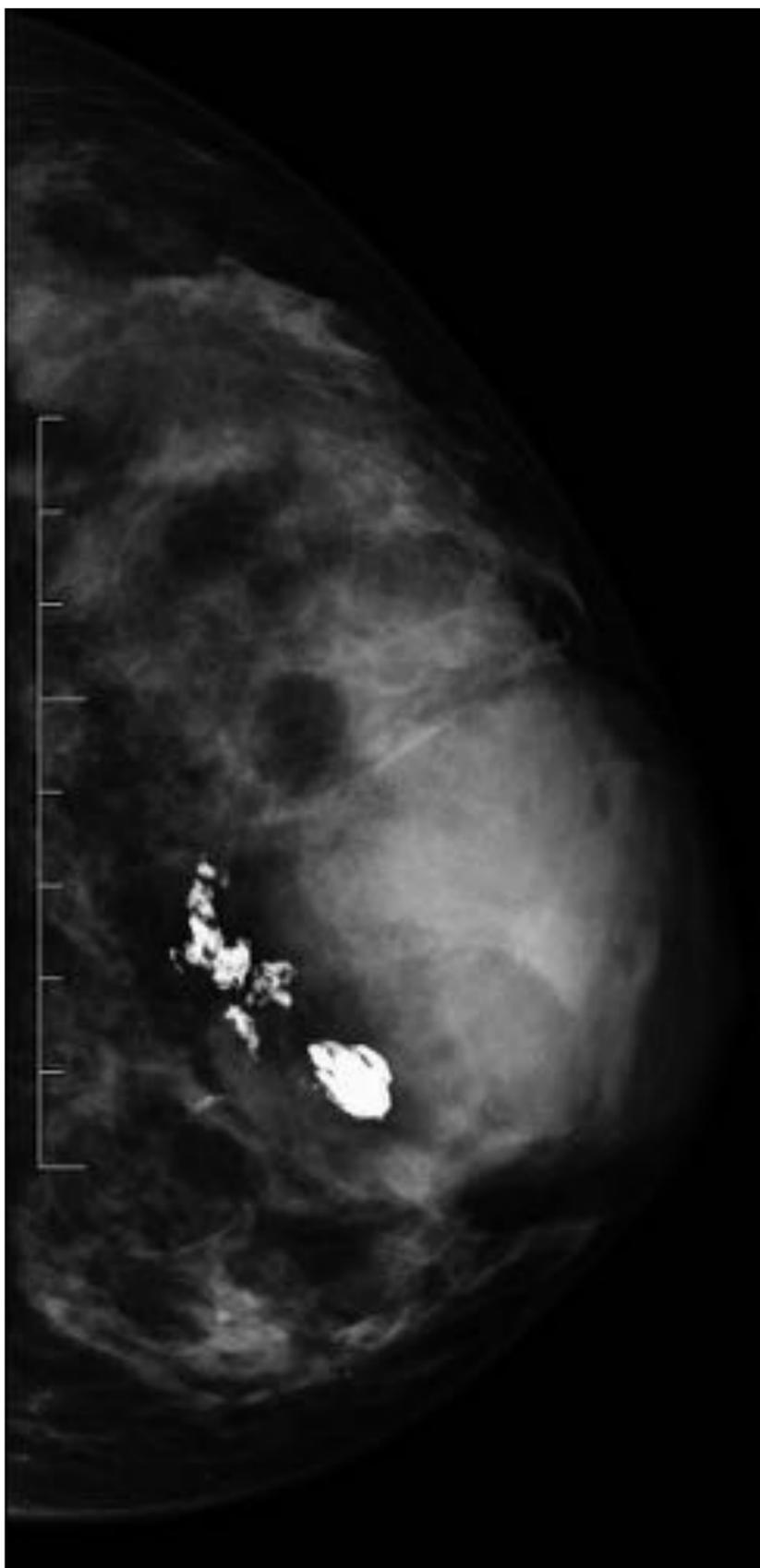
CATEGORÍA	RECOMENDACIÓN	VPP
Categoría 0: Incompleta - Mamografía/Ecografía: precisa evaluación adicional con técnicas de imagen y/o comparación con estudios previos - RM: Precisa evaluación adicional con técnicas de imagen	- Mamografía/Ecografía: Realización de estudios de imagen adicionales y/o comparación con exámenes previos - RM: Repetición por problemas técnicos, realización de estudios de imagen adicionales (mamografía o ecografía dirigida)	N/A
Categoría 1: Negativa	Mamografía/Ecografía: Cribado rutinario - RM: RM de cribado rutinario si el riesgo acumulado a lo largo de la vida es $\geq 20\%$	0%
Categoría 2: Benigna	- Mamografía/Ecografía: Cribado rutinario - RM: RM de cribado rutinario si el riesgo acumulado a lo largo de la vida es $\geq 20\%$	0%
Categoría 3: Probablemente benigna	Seguimiento a intervalo corto (6 meses)	$>0\% - \leq 2\%$
Categoría 4: Sospechosa - Categoría 4A: Baja sospecha de malignidad - Categoría 4B: Sospecha moderada de malignidad - Categoría 4C: Alta sospecha de malignidad	Diagnóstico histológico: "Debe realizarse biopsia en ausencia de contraindicaciones clínicas"	$>2\% - <95\%$ $>2\% - \leq 10\%$ $>10\% - 50\%$ $>50\% - 95\%$
Categoría 5: Altamente sugerente de malignidad	Diagnóstico histológico: "Debe realizarse biopsia en ausencia de contraindicaciones clínicas"	$\geq 95\%$
Categoría 6: Carcinoma conocido confirmado con biopsia	"Escisión quirúrgica cuando sea clínicamente apropiado"	N/A



Mujer de 57 años que acude por nódulo palpable en CSI de mama derecha, proyecciones craneocaudal (A) y oblicua medio lateral (B). Masa polilobulada de contornos lisos de unos 5 cm de alta densidad, sugestivo de tumor Phyllodes.



Mujer con cirugía previa por cáncer de mama. Presenta masa palpable. Proyecciones craneocaudal (A) y oblicua medio lateral (B). Nódulo denso polilobulado en CSE de mama derecha, adyacente al marcador metálico relacionado con cirugía previa (tumorectomía).

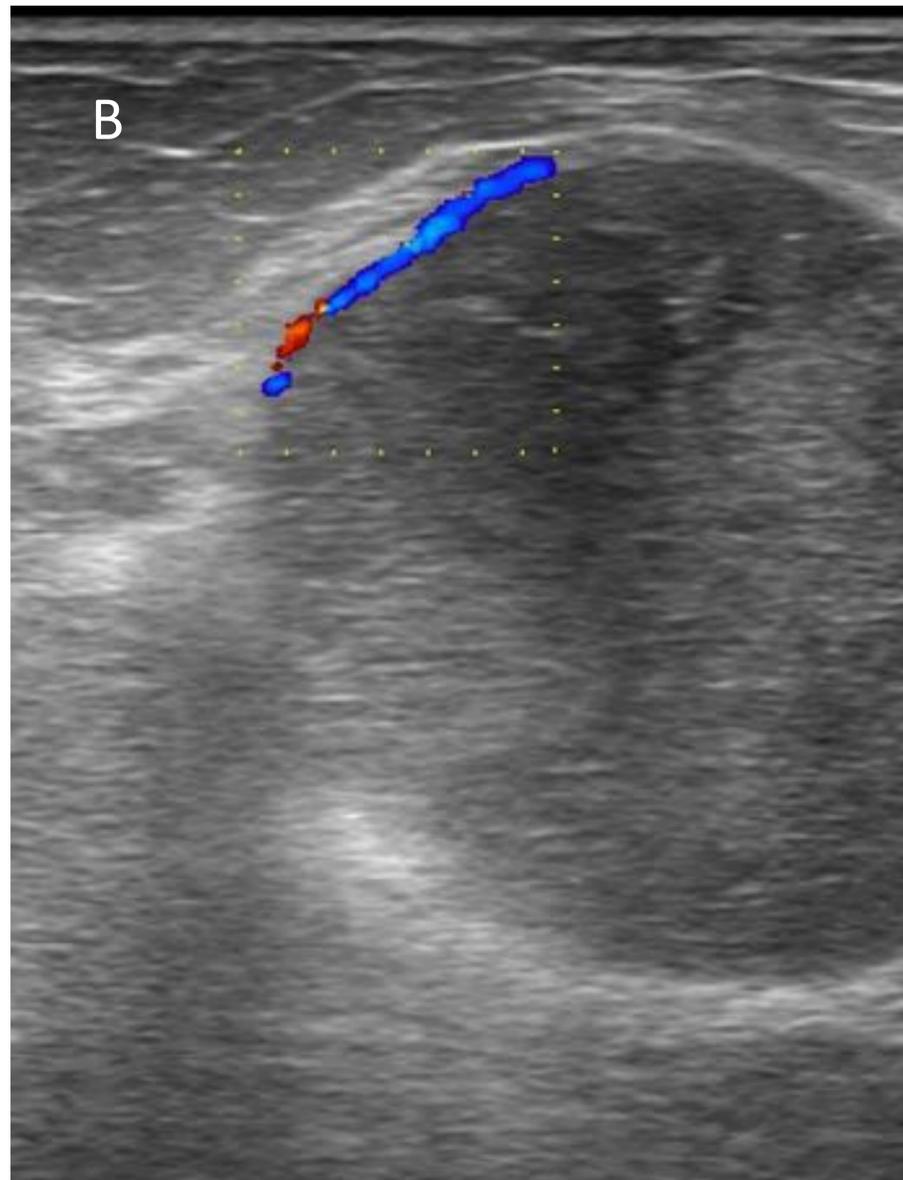
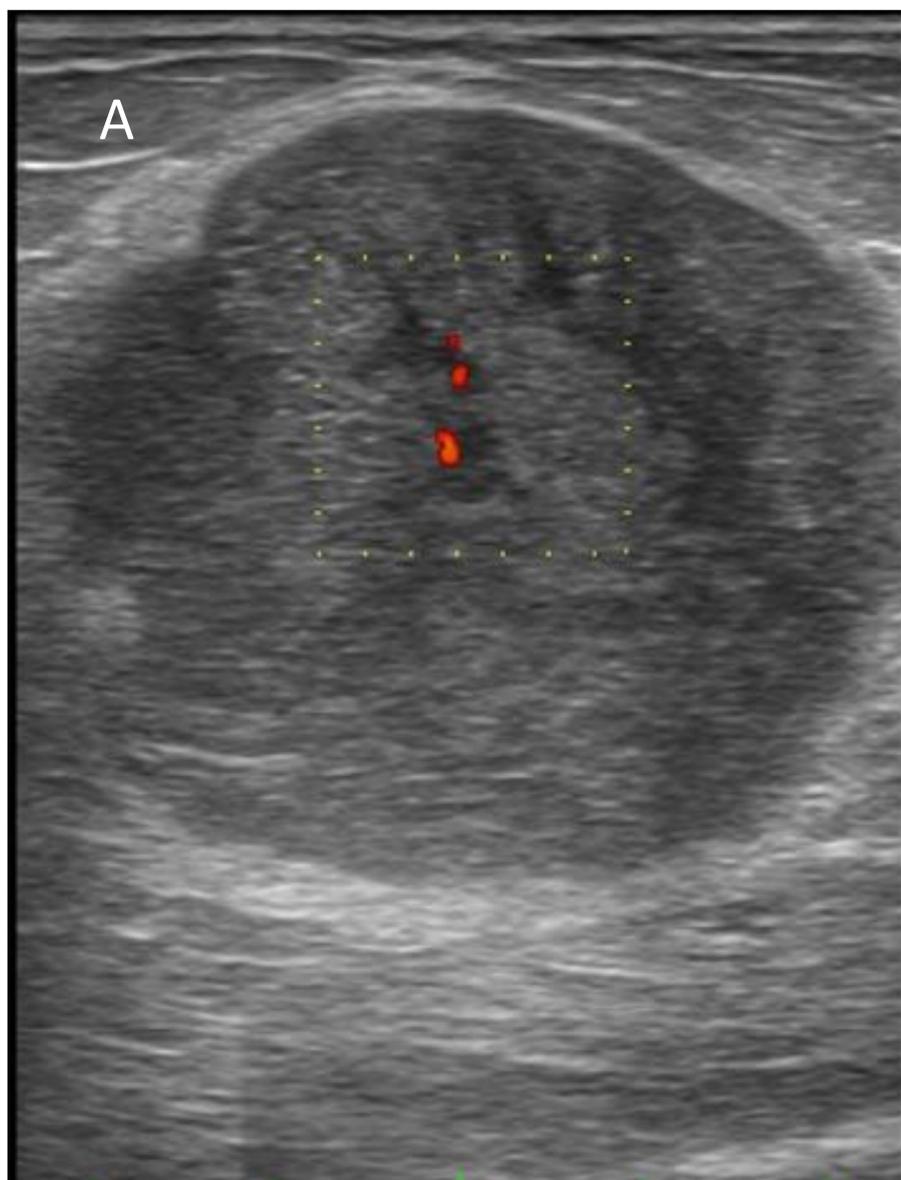


Densidad nodular homogénea retroareolar de aproximadamente 5 cm de diámetro mayor. Calcificaciones groseras distróficas adyacentes compatibles con fibroadenomas en involución.

BIRADS 4.

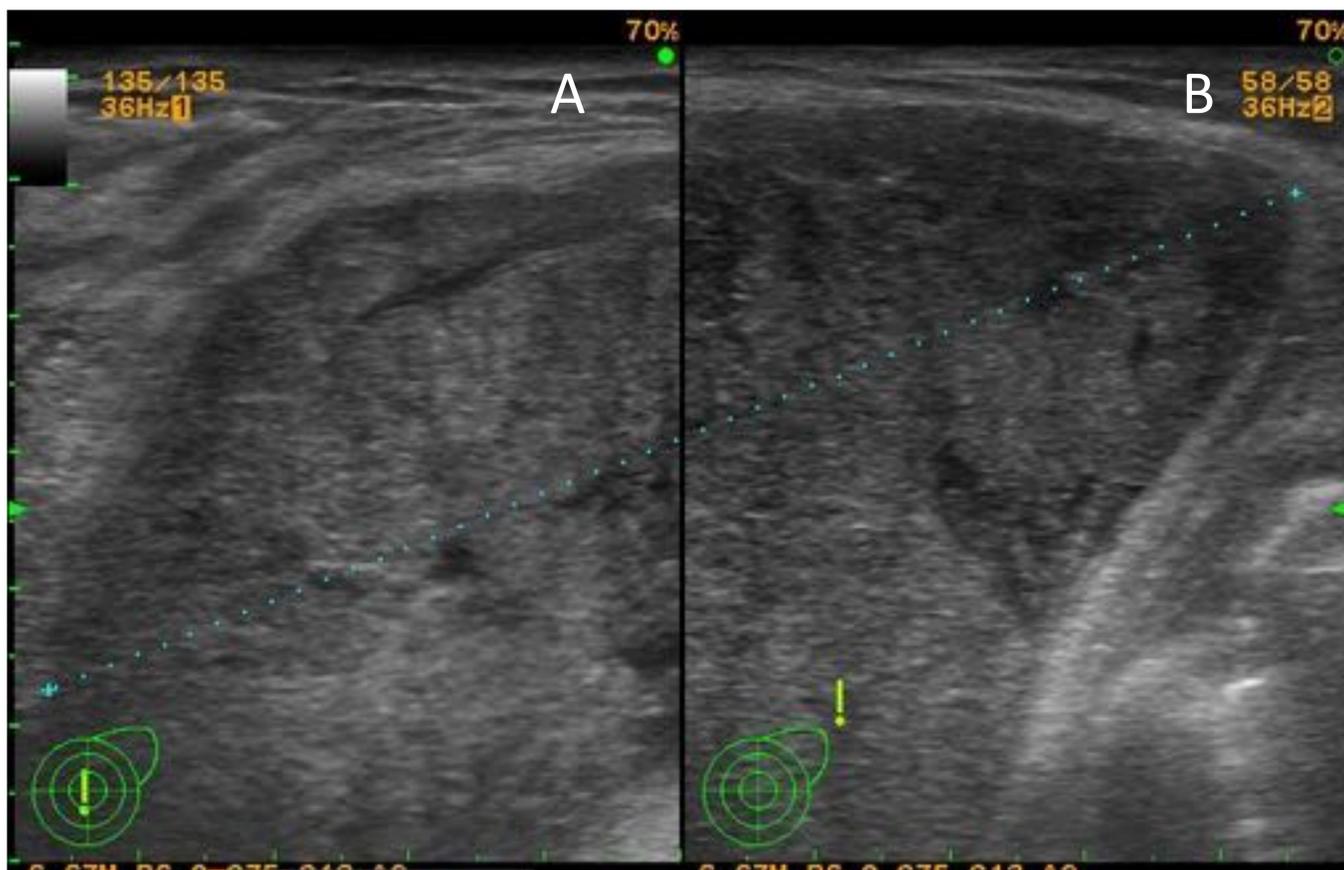
ECOGRAFÍA

- Masa **hipoecoica** (homogénea/heterogénea), sólida, elipsoide, circunscrita y de bordes regulares.
- **Refuerzo sónico** positivo.
- La presencia de imágenes **quísticas** intratumorales (degeneración quística, necrosis..) refuerza el diagnóstico de sospecha.
- **Alta vascularización**
- Recientemente la **elastografía**, mediante la valoración de la rigidez de la lesión, permite diferenciar entre fibroadenomas y TP.
- Estudios recientes afirman que los PT, dada su elevada celularidad, son más duros que los fibroadenomas. También se encuentra en estudio esta técnica como herramienta para distinguir entre tumores benignos y malignos.



Paciente que presenta nódulo sólido retroareolar palpable en mama izquierda de rápido crecimiento. A y B muestran una lesión nodular de 40 mm, vascularizada, hipoecoica bien delimitada y con buena transmisión sónica.

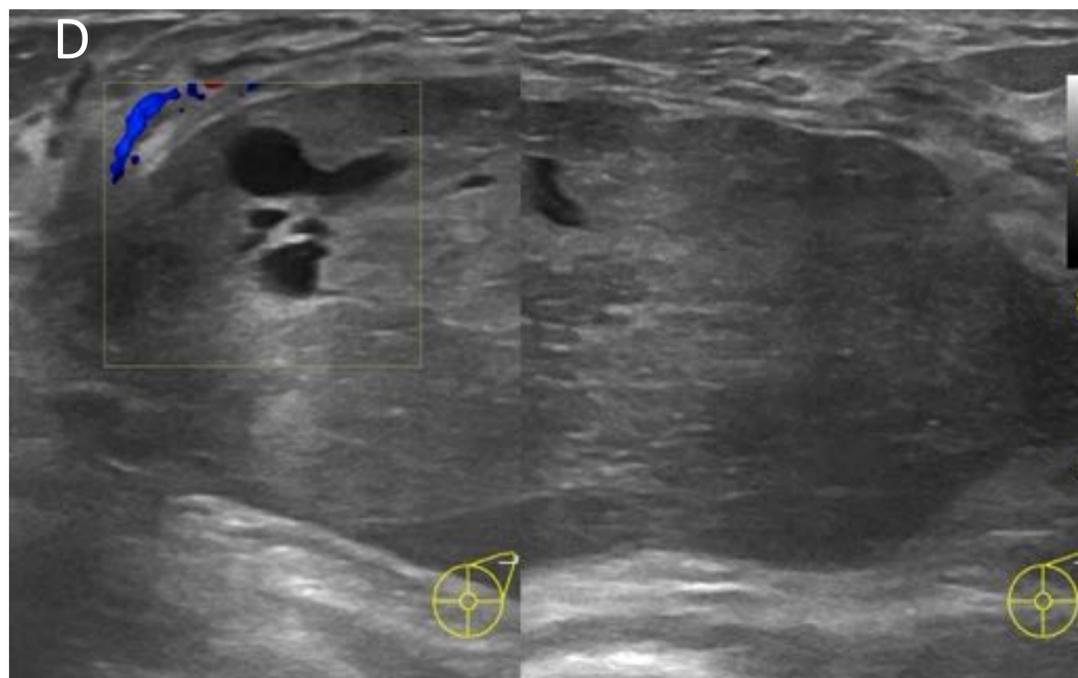
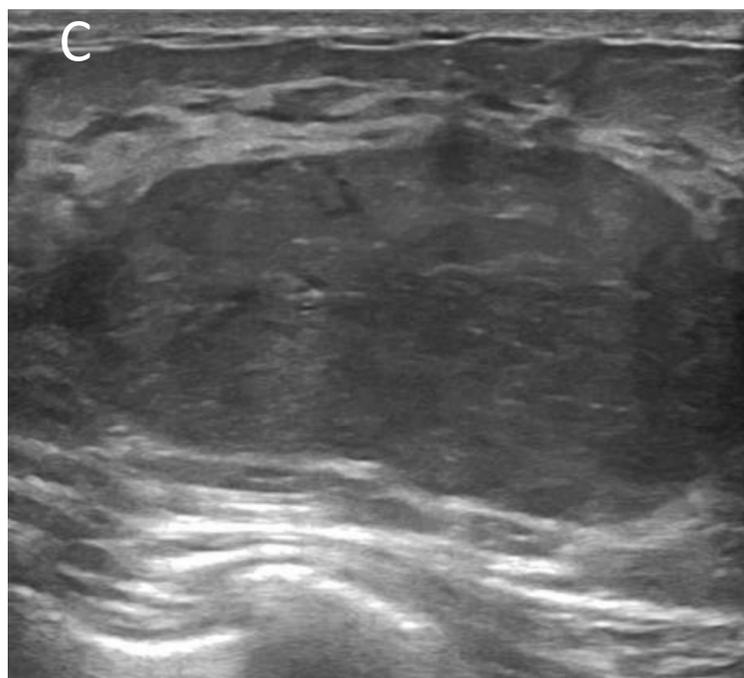
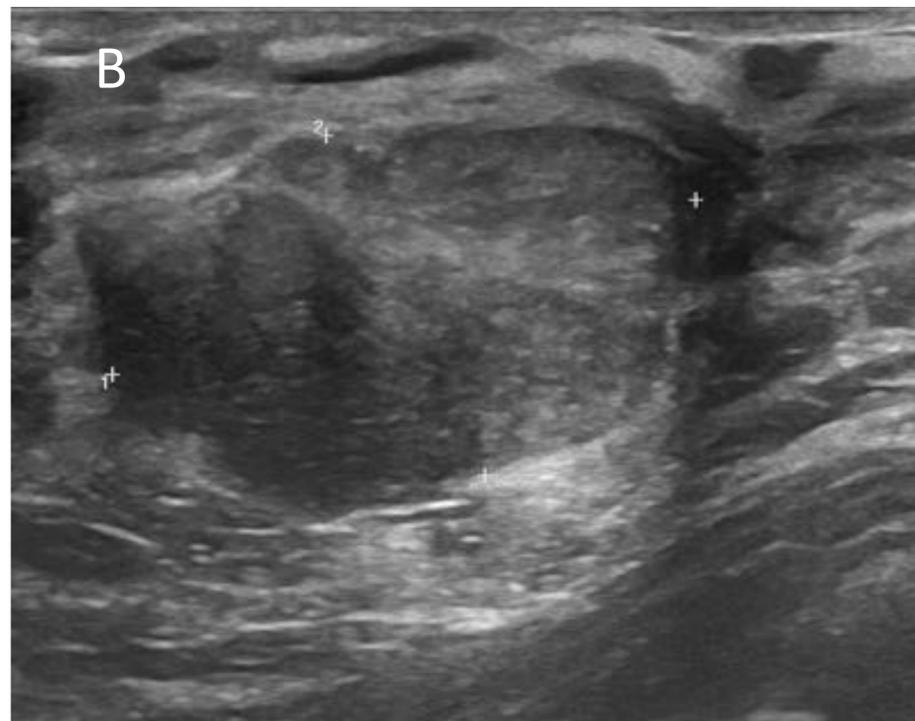
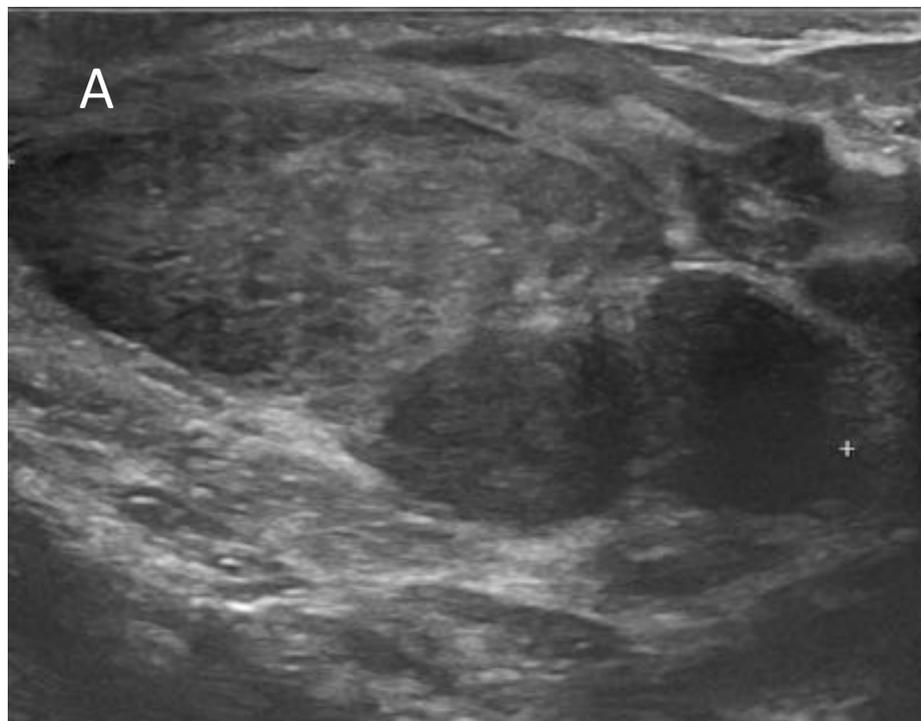
C y D muestran el procedimiento intervencionista mediante BAG de la lesión.



Paciente embarazada de 21 años que acude por masa palpable en mama izquierda de rápido crecimiento.

En la ecografía se identifica una masa hipoecoica heterogénea y de bordes polilobulados de más de diez centímetros, compatible con tumor phyllodes. Se toman muestras mediante BAG para su estudio anatomopatológico (C).





A y B: Nódulo hipoecogénico lobulado de aproximadamente 4 cm de diámetro mayor, localizado retroareolar en mama izquierda.

C y D: Lesión nodular de grandes dimensiones (10 x 3 cm) en mama izquierda hipoecogénica con ecoestructura homogénea salvo áreas aisladas anecoicas de necrosis con perfiles bien definidos y con señal Doppler, que sugiere fibroadenoma de grandes dimensiones con evolución a tumor Phillodes.

RESONANCIA MAGNÉTICA

Tiene un papel poco establecido en el diagnóstico:
Hallazgos iguales en RM de las formas benignas,
borderline y malignas.

de ayuda para determinar la extensión y facilitar el
planificación prequirúrgica.



1. Lesión lisa y homogénea
2. Isointensa en T1
3. Hiperintenso en T2 y STIR.
4. Realce heterogéneo interno en T1 post contraste
5. No restricción en difusión del agua.

TRATAMIENTO

Ante la imposibilidad de discriminar mediante pruebas de imagen entre formas malignas y benignas, se opta como tratamiento definitivo la tumorectomía con márgenes libres (1 o 2 cm).

Se acepta la cirugía conservadora en los tumores borderline o malignos, pues la mastectomía no ha demostrado disminuir la diseminación ganglionar; si bien la cirugía conservadora presenta un discreto aumento de la recidiva local.

La mastectomía se realiza en ciertos tumores malignos o aquellos casos que no permiten una resección amplia con un resultado estético adecuado.

La mayoría de las pacientes con tumores benignos y borderline se curan con cirugía. La tasa de supervivencia para los tumores malignos oscila entre el 60-80% a los 5 años. Cuando el tumor recurre, típicamente lo hace localmente a los 2 años de la escisión. El tiempo de recurrencia puede ser menor en el caso de los tumores malignos.

CONCLUSIONES

- Los tumores Phyllodes de mama suponen un reto diagnóstico, debido a su baja prevalencia en la población, su rápido crecimiento y las dificultades que entraña su diagnóstico.
- La figura del radiólogo desempeña un papel fundamental en el manejo de estas pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

- Hasdemir S, Tolunay S, Özşen M, Şehsuvar Gökgöz MS. Phyllodes Tumor of the Breast: A Clinicopathological Evaluation of 55 Cases Eur J Breast Health 2020; 16(1): 32-38.
- Ditsatham C, Chongruksut W. Phyllodes tumor of the breast: diagnosis, management and outcome during a 10-year experience. Cancer Management and Research 2019:11.
- Spitaleri G, Toesca A, Botteri E, et al. Breast phyllodes tumor: a review of literature and a single center retrospective series analysis. Crit Rev Oncol Hematol. 2013;88(2):427–436.
- J.M. Brenes et al. Manejo clínico, tratamiento y control local del tumor Phyllodes mamario. Rev Senol Patol Mamar. 2013;26(2):52---57.