

# **MODULO N3**

---

**ECOGRAFÍA MAMARIA II**

# TUMORES BENIGNOS

- FIBROADENOMA
- TUMOR PHYLLODES

- ▶ Fue descrito por primera vez por Johannes Müller en 1838 denominado cistosarcoma phyllodes.
- ▶ En 1931 se describió un caso de tumor phyllodes metastásico.
- ▶ En 1981 la OMS adopta el termino de tumor phyllodes

# EPIDEMIOLOGIA

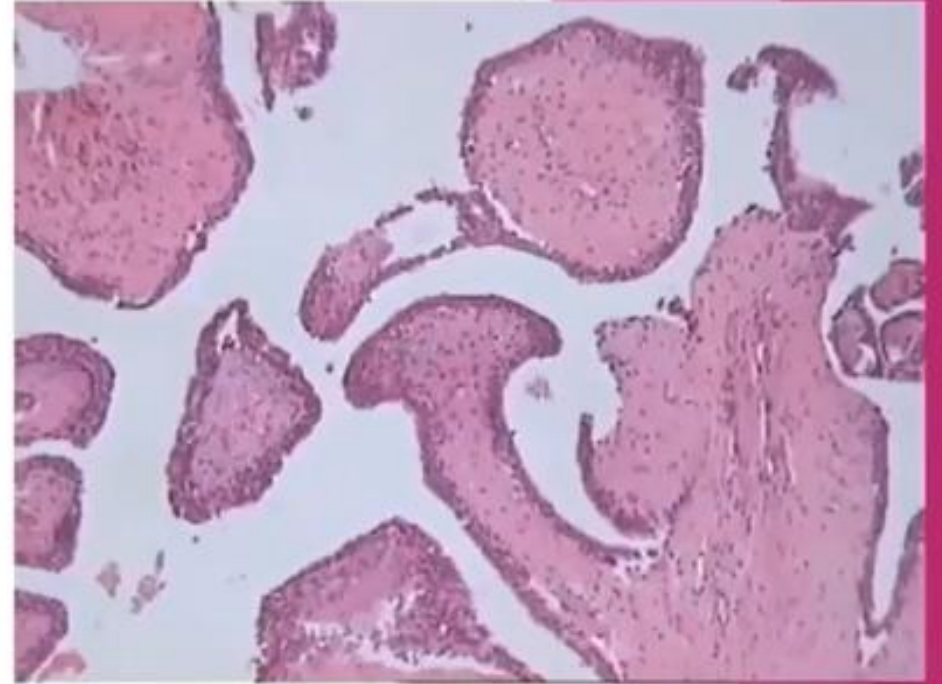


MICROSCOPICAMENTE

Proyecciones papilares del estroma

Intercalando zonas de hiperplasia y atipia

El componente estromal diferencia de FA, formas benignas vs malignas



# Clinica

Tumores  
voluminosos > 5cm

Crecimiento rápido  
20-30%

Edad de  
presentación :  
30-49<sup>a</sup>, M 45<sup>a</sup>

Indoloros

Firmes

Superficie lobulada

Bien delimitados

Móviles

Sin compromiso de  
planos profundos

# 1. DEFINICIÓN

---

Son tumores bifásicos, histológicamente caracterizados por una arquitectura en forma de hoja con un patrón de crecimiento intracanalicular, espacios en forma de hendidura revestidos por epitelio y estroma hiper celular.



## 2. ETIOPATOGENIA :

---

- La teoría más favorecida sobre la patogenia del TP son las interacciones epitelio-estromales.
- Los estudios han demostrado que p53, Ki67, CD117, EGFR, p16 y VEGF están asociados con grados histológicos de TP, pero ninguno utilidad clínica.



### 3. EPIDEMIOLOGÍA:

Representan el 0,5% de todos los tumores de mama.

- Unas 500 mujeres son diagnosticadas anualmente en los EE. UU.

Los TP son muy raros en los hombres y se han asociado con ginecomastia

Edad promedio de diagnóstico es a los 40 años.

# 4. CLASIFICACIÒN

**Table 1. Three-Tiered Grading System for Phyllodes Tumors Based on 2012 World Health Organization Classification**

<b>Histologic Features</b>	<b>Benign</b>	<b>Borderline</b>	<b>Malignant</b>
Stromal cellularity	Mild	Moderate	Marked
Stromal atypia	Mild	Moderate	Marked
Mitosis (per 10 HPF)	<5	5–9	≥10
Stromal overgrowth	Absent	Absent or focal	Present
Tumor margin	Well-defined	Well-defined or focal infiltrative	Infiltrative

Abbreviation: HPF, high-power field.

# TP BENIGNO

---

Comprende del 60% al 75% de todos los TP

Tasa de recurrencia local es de alrededor del 17%

Crecimiento excesivo del estroma está ausente en el TP benigno.

El sistema de clasificación de la OMS denomina como diagnóstico neoplasia fibroepitelial benigna

# TP BORDERLINE:

---

Según la definición de la WHO , los TP que no poseen todas las características de malignidad se clasifican como borderline.

Comprende entre el 12% y el 26% .

Su tasa de recurrencia local es del 14% al 25%

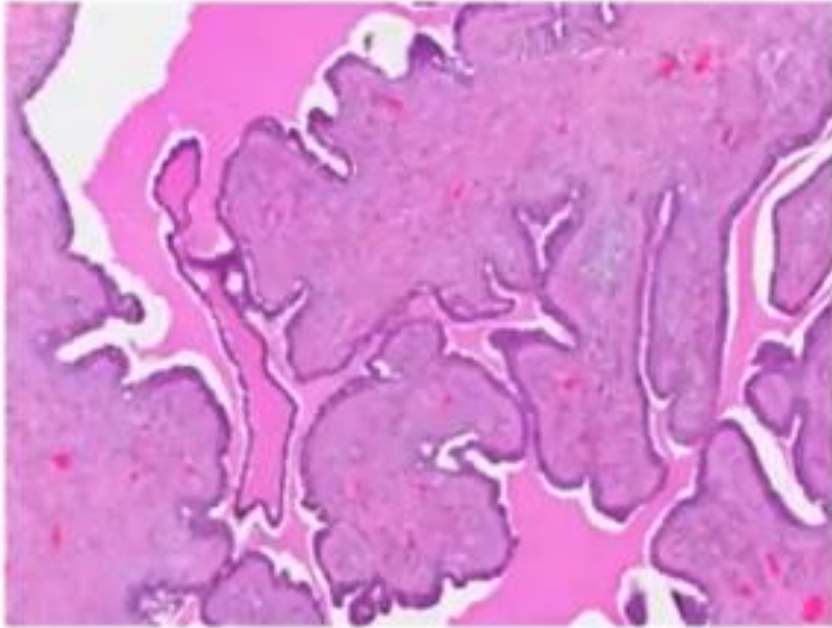
Rara metástasis

## 5. CLÍNICA

Crecimiento rápido	Aspecto móvil, multilobulado, no doloroso.	Adenopatía clínica presente en el 20%.	Patrón típico de diseminación es hematógeno y no linfática.
El tamaño varía entre 4 y 7cm .	Raramente son ulceradas o fijas a la pared torácica	Enfermedad metastásica a distancia en el 20% de los TPM	Metastatizan a los pulmones, el esqueleto, e hígado.



## 6. HISTOLOGÍA

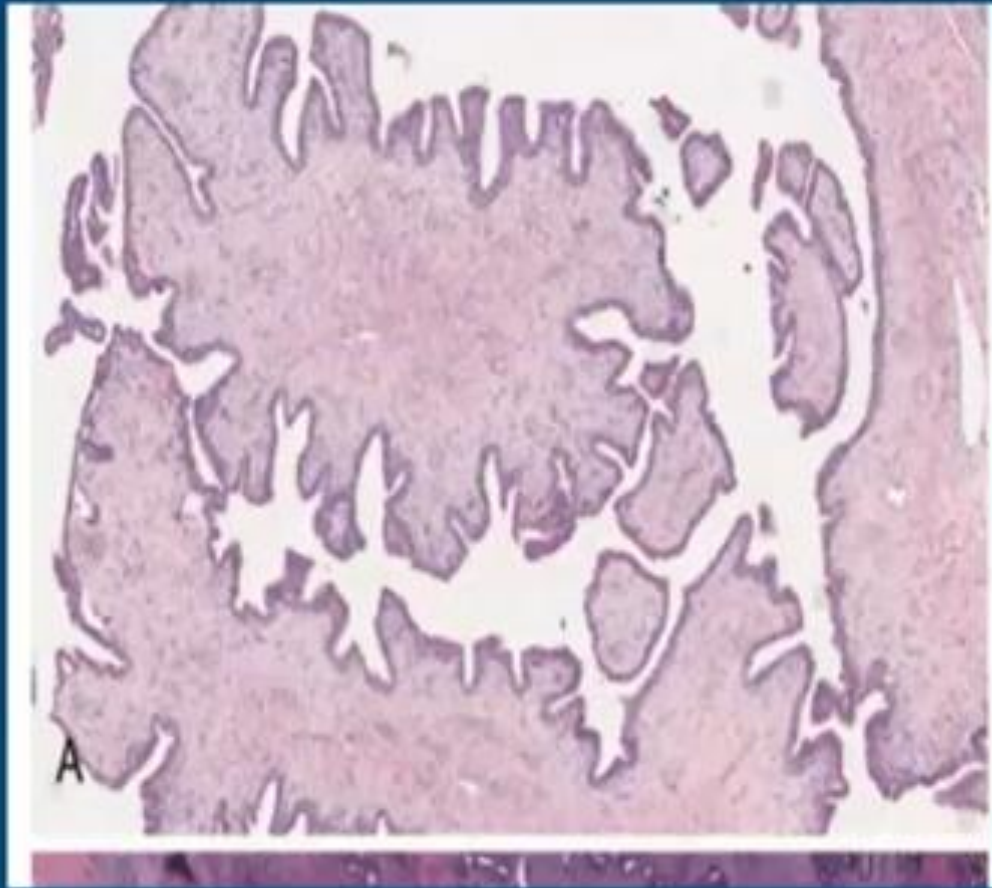


**Figure 8** A benign phyllodes tumour shows broad fronds covered by bilayered epithelium, with mildly increased stromal cellularity and a hint of peri-epithelial stromal accentuation.

La celularidad estromal se clasifica como leve, moderada o marcada, y se evalúa en el área más celular.

Se considera que la celularidad del estroma levemente aumentada es aprox el doble de la celularidad del estroma perilobulillar normal.

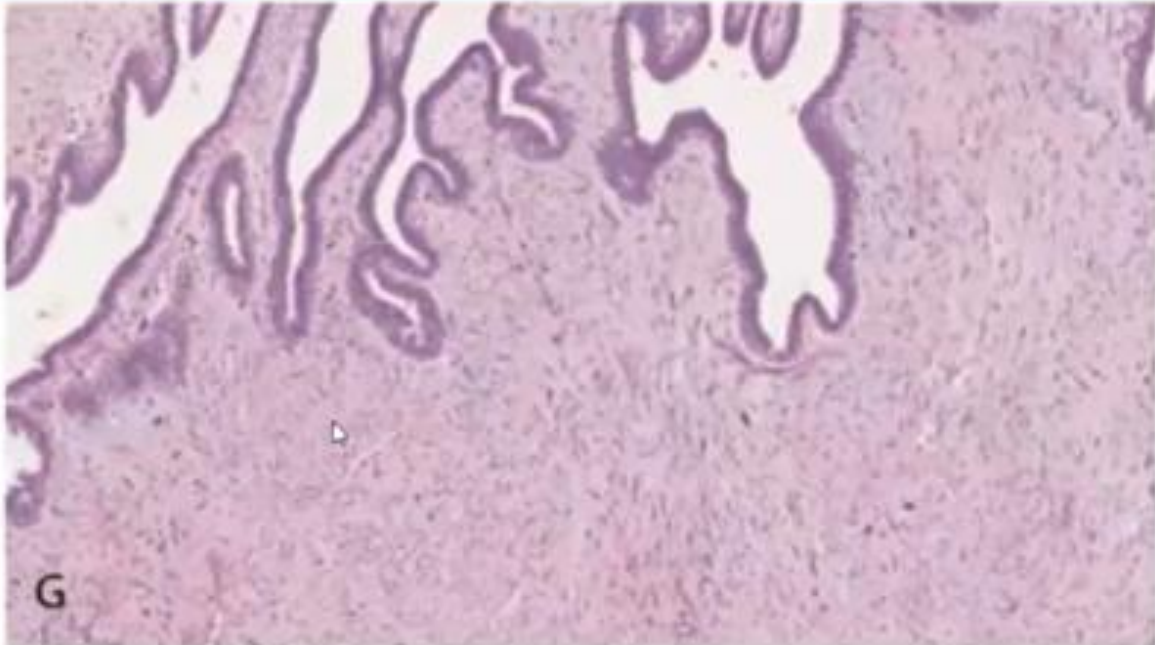
# HISTOLOGÍA DEL TP BENIGNO:



Celularidad estromal levemente aumentada y atipia nuclear leve.

Mitosis rara: menos de 5 x10 campos

# HISTOLOGÍA DEL TP BORDERLINE:



- Estroma es moderadamente celular.

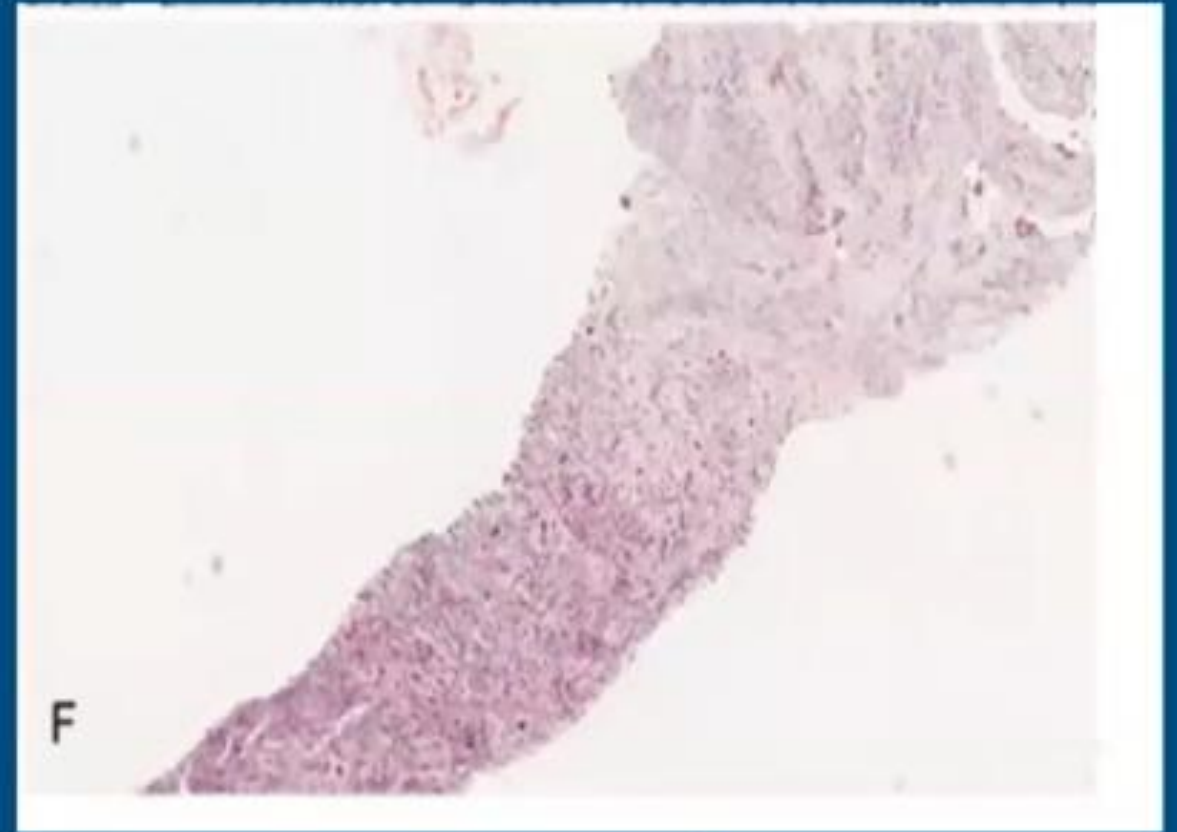
- Las células estromales muestran atipia nuclear moderada

- mitosis frecuentes (5-9 / 10 HPF)

- borde circunscrito o focalmente invasivo



# HISTOLOGÍA DEL TP MALIGNO:



- Estroma es marcadamente celular y las células estromales muestran un marcado pleomorfismo nuclear
- Existen numerosas mitosis más de 10 mitosis .

# 7. DIAGNÒSTICO

---

## IMÀGENES:

- la mamografía y la ecografía: masas suaves, bien delimitadas, polilobuladas e hipoecoicas.
- RMN: Imágenes ponderadas en T1 con alta intensidad, las imágenes en T2 con baja intensidad y realce rápido.

## BIÒPSIA:

- biopsia CORE central o aspiración con aguja fina sigue siendo difícil en el preoperatorio.

## 8. MANEJO:

---

- Antes de la década de 1970, la mastectomía era el tratamiento de elección para todos los TP independientemente del subtipo.
- NO se recomienda disección axilar (con promiso de menos del 1%)
- 

TTO IDEAL PARA TPM SEGÙN LA NCCN: MT SIN BGC con márgen de 1cm



### CLINICAL PRESENTATION

### WORKUP

### FINDINGS

### TREATMENT

### SURVEILLANCE

Clinical suspicion of phyllodes tumor:

- Palpable mass
- Rapid growth
- Large size (>3 cm)
- Imaging with ultrasound suggestive of fibroadenoma except for size and/or history of growth

• History and physical exam  
• Ultrasound  
• Mammogram for patients ≥30 y

Excisional biopsy<sup>a</sup>

Core needle biopsy<sup>b</sup>

Fibroadenoma or benign phyllodes tumor

Phyllodes tumor, borderline or malignant

Invasive or in situ cancer

Indeterminate or benign phyllodes tumor

Borderline or malignant phyllodes tumor

Invasive or in situ cancer

Observe

Wide excision<sup>c</sup> without axillary staging<sup>d</sup>

See appropriate guidelines

Excisional biopsy<sup>a</sup>

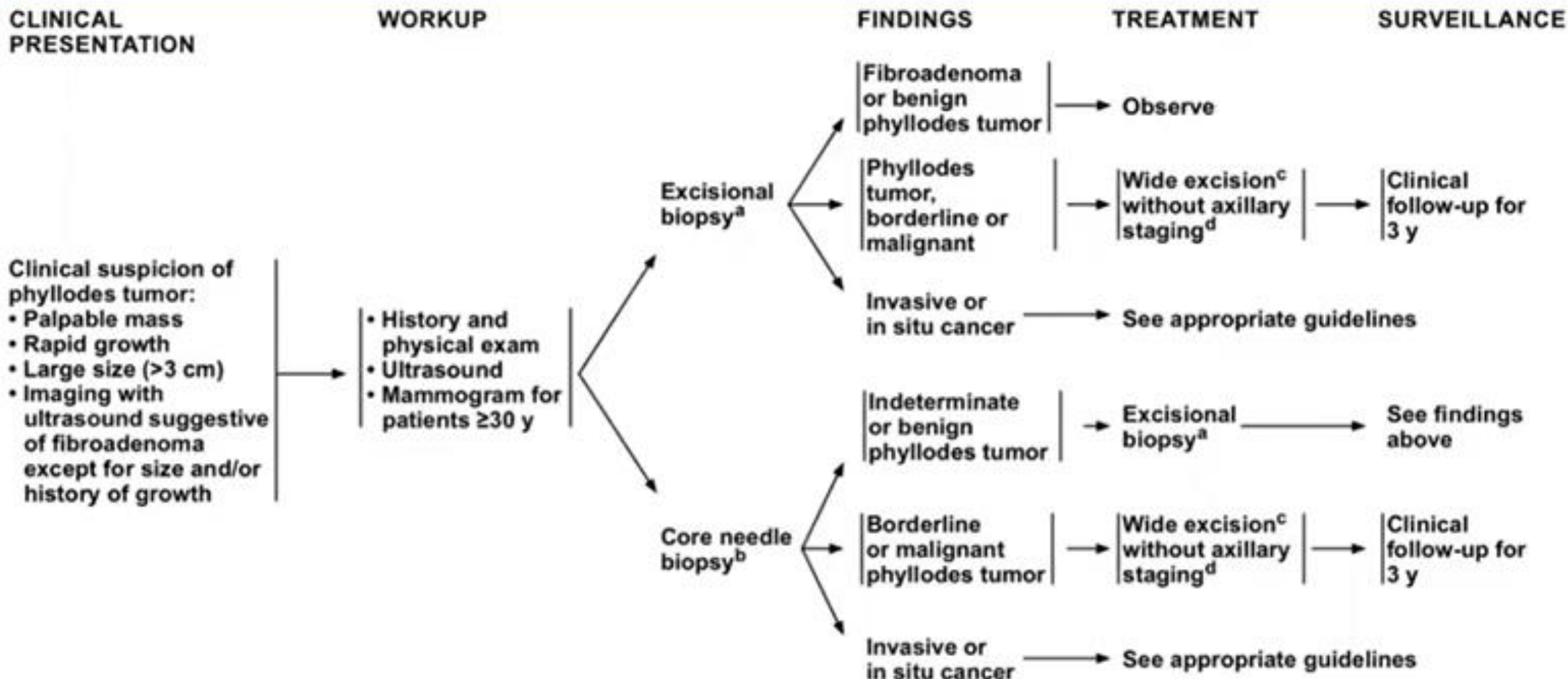
Wide excision<sup>c</sup> without axillary staging<sup>d</sup>

See appropriate guidelines

Clinical follow-up for 3 y

See findings above

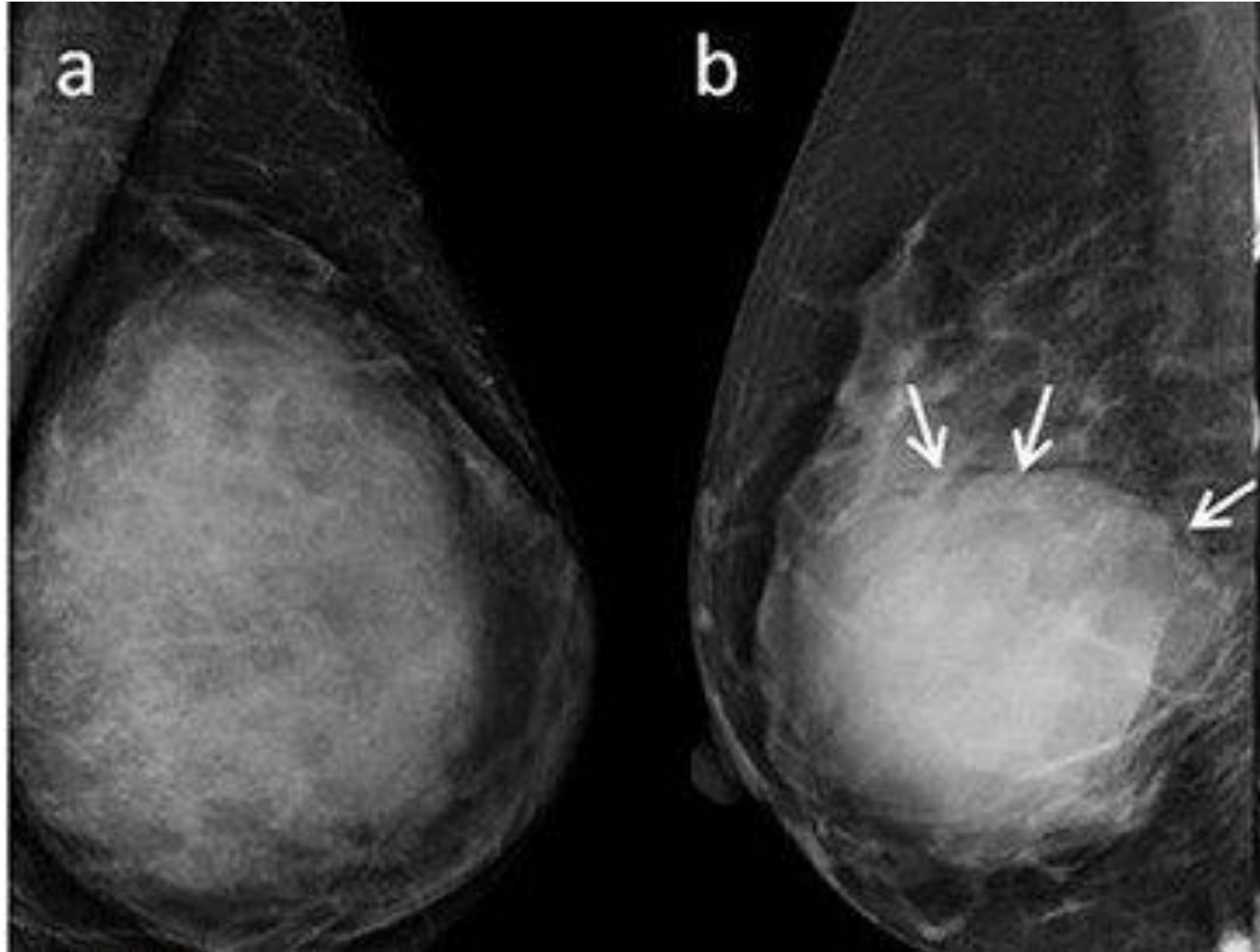
Clinical follow-up for 3 y



# CONCLUSIONES

1. La clasificación de TP BENIGNO, BORDERLINE Y MALIGO, es útil para el manejo quirúrgico.
2. El % de compromiso ganglionar axilar es menor del 1%.
3. En caso de resecciones de TP benigno el margen debe ser de al menos 1 mm de resección por su baja tasa de recurrencia local (5.7%).
4. La tumorectomía o mastectomía parcial es la terapia quirúrgica preferida.
5. La mastectomía total es necesaria solo si no se pueden obtener márgenes negativos mediante tumorectomía o mastectomía parcial.
6. La RT está indicada en el manejo de la recurrencia de TP MALIGNO (2B).
7. Si bien el componente epitelial de la mayoría de los tumores phyllodes contiene ER (58%) y / o PR (75%), la terapia endocrina no tiene un papel comprobado en el tratamiento de los tumores phyllodes.





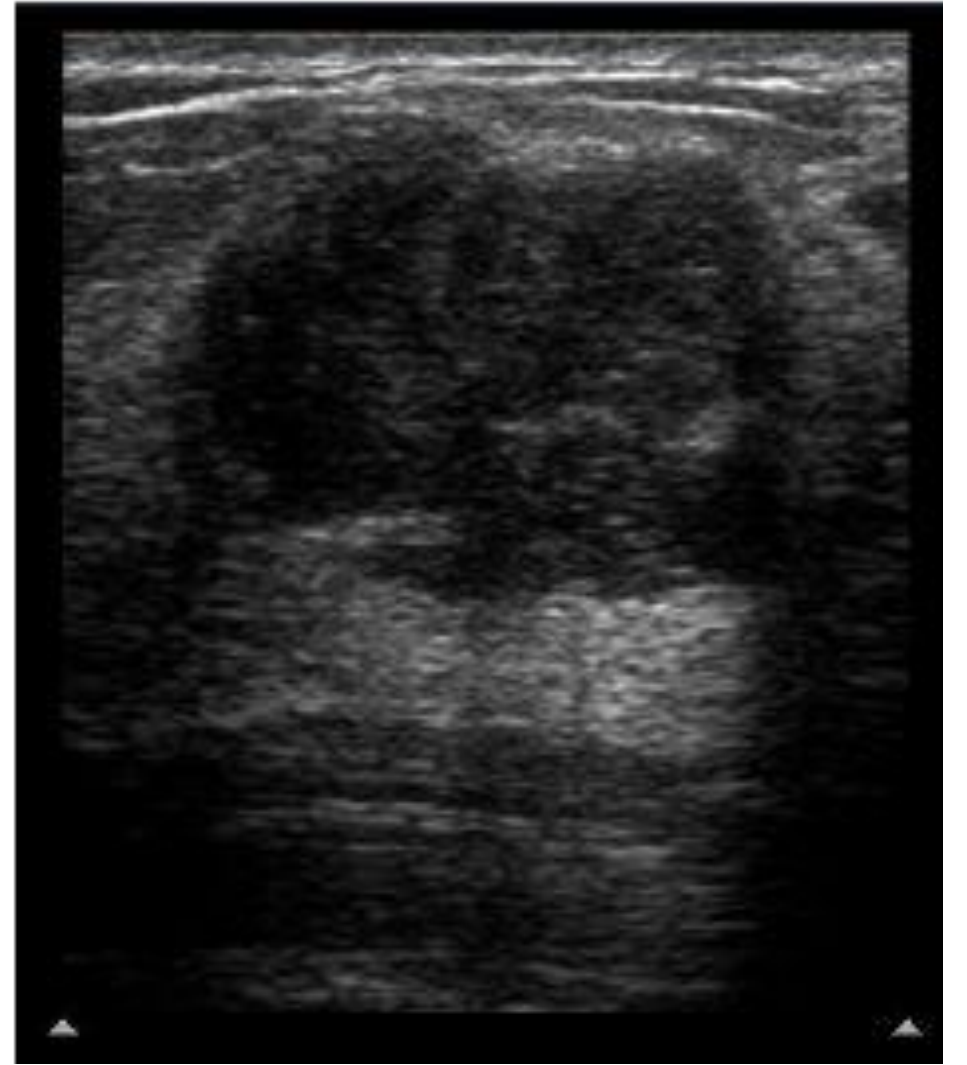






Fig 14