

“Tumor mamario en adolescente”

Dra. M. Inés Simas D.;* Dr. Enrique Alvarado B.;** Dra. Pilar Gazmuri P.;*** Dr. Juan J. Latorre L.****

ABSTRACT

A case of Cystosarcoma Phyllodes in an adolescent is being presented. This kind of mammary tumor usually appears among women between forty and fifty years of age. Therefore this kind of lesion is unusual in younger women and quite uncommon in a girl of thirteen years old, who still does not present her menarque, as it is in this case. This kind of tumor is generally benign. This case includes mammography and histopathological study. The recommended therapy consists of a local excision with a small margin of normal tissue. Considering the unusualness of mammary lesions in puberty or adolescence, it is our opinion that such a case is worth being presented.

El cáncer de la mama en la mujer menor de 30 años es extremadamente raro y debe considerarse una “curiosidad médica” cuando éste se presenta en menores de 20 años.

Por este motivo nos ha parecido de interés publicar el siguiente caso.

Niña de 13 años de edad, consultó el 28 de abril de 1980:

La madre notó, una semana antes, tumoración en mama izquierda de más o menos 5 cm. de diámetro, indolora, redondeada, sin molestias agregadas. No refería cambios de coloración de la piel ni eliminación de secreción alguna por el pezón. Tampoco relata antecedentes traumáticos, ni presencia de ganglios.

Desarrollo puberal: telarquía y pubarquía a los 12 años. Aún no tenía menarquía.

Antecedentes personales y familiares negativos.

Al examen físico se apreciaba una adolescente delgada, en buenas condiciones generales.

A la inspección: mamas tipo III. Asimetría mamaria a expensas de mama izquierda aumentada de tamaño con discreta circulación colateral.

A la palpación, en ambas mamas se encontraba un tejido glandular micronodular. En mama izquierda una tumoración de 47 x 32 mm., en el cuadrante súpero-externo, de consistencia dura, indolora, movable, no adherida a planos profundos ni superficiales. *Figura 1.*

En axila izquierda había un pequeño ganglio, en relación con una cicatriz de vacuna BCG, exuberante.

El examen ginecológico mostró una vulva cerrada. Vello pubiano grado II. Ninfas en desarrollo asimétrico (más la izquierda) y levemente pigmentadas. Introito rosado sin flujo anormal. Hymen carnosos con un pólipo en su parte posterior.

El tacto rectal reveló un cuello corto y cónico, útero puberal pequeño, alto, desviado a la izquierda, movable, anexos normales.

Se plantearon los diagnósticos de:

- Iniciación adolescencia.
- Mastopatía fibroquistica de la adolescencia.
- ¿Fibroma secundario? - ¿Fibroadenoma gigante?

*Jefe Servicio de Ginecología Infantil, Hospital Luis Calvo Mackenna.

**Jefe del Centro de Quemados, Hospital Luis Calvo Mackenna.

***Jefe Servicio Mammografía, Hospital Militar.

****Jefe Servicio Anatomía Patológica, Hospital Luis Calvo Mackenna.



Figura 1.

Por su mastopatía se le indicó Progesterona y se solicitaron exámenes, cuyos resultados fueron los siguientes:

- 1) Hemograma dentro de límites normales. Velocidad de sedimentación: 10 mm. en 1 hora.
- 2) Radiografía de tórax normal.
- 3) Radiografía de cráneo y silla turca normal.
- 4) Prolactina normal.

En un segundo control, una semana después y aún sin finalizar el tratamiento indicado, se observó que la tumoración mamaria no sufría modificación.

En un tercer control (22 días después del primero) ya terminado el tratamiento con Progesterona, encontramos lo siguiente: 1) desaparición total del tejido micronodular. 2) *aumento de tamaño del tumor*. En este momento se planteó el diagnóstico de Fibroadenoma gigante o Cistosarcoma Phyllodes.

Se continuó el estudio de la enferma con una mamografía, cuyos resultados concordaban con al hipótesis diagnóstica.

El informe de la mamografía es el siguiente:

Mamografía Bilateral (Frontal-Lateral y Comprensión de mama izquierda): "La mama derecha presenta un cuerpo mamario denso, opaco, bien delimitado, como es habitual para la edad de la

paciente. En el cuadrante superior y externo de la mama izquierda se observa un gran nódulo muy denso, parcialmente limitado, sin calcificaciones, con el aspecto radiológico de un fibroadenoma gigante".

En ese momento se decidió la intervención, efectuando la resección total del tumor, mediante una incisión arciforme en el surco submamario. La masa tumoral, era de forma redondeada, contorno regular y color rojo. Al corte tenía una superficie maciza de aspecto adenoideo. *Figura 2*

El informe de Biopsia fue el siguiente:

Formación nodular redondeada perfectamente encapsulada. Pesa 60 grs. Mide 5 x 5,5 cms. Al corte superficie homogénea blanquecina congestiva. Consistencia elástica fibrosa. Cápsula fibrosa delgada.

Exámen microscópico:

Formación tumoral con múltiples y variadas cavidades revestidas de epitelio. Algunas alargadas semejando hojas. El epitelio que reviste estas cavidades es cúbico glandular en zonas bien conservado, en otras algo desprendido. Entre las cavidades se reconoce estroma conjuntivo fibroso con numerosas células con forma de huso, algunas son anaplásticas. Figuras mitóticas no se observan. Cápsula fibrosa, delgada, no invadida por células fusadas. *Figura 3.*



Figura 2.



Figura 3.

DIAGNOSTICO

TUMOR MAMARIO.
CISTOSARCOMA PHYLLODES.

COMENTARIO

El caso presentado se trata de un "Fibroadenoma Gigante o Cistosarcoma Phyllodes". Es un tumor de mama que tiene características clínicas y microscópicas malignas, pero que en realidad es generalmente benigno.

Una característica patológica macroscópica que justifica el diagnóstico de Cistosarcoma, es la presencia de quistes dentro del tumor, junto con cambios mixomatosos y degenerativos. Habitualmente

te son más blandos que los fibroadenomas y no tienen una verdadera cápsula. Histopatológicamente se comprende aún mejor su nombre de Phylloides o filíáceo, por la disposición en forma de hoja del tejido tumoral dentro de las cavidades quísticas del tumor. *Figura 4.*



Al microscopio se observa una estructura fibroepitelial que contiene uno o más componentes de origen mesenquimático, y algunas estructuras epiteliales. Un crecimiento excesivo, derivado de un estroma de enorme celularidad, le da a menudo un aspecto de malignidad, el que excepcionalmente llega a ser una realidad.

Tres son las características microscópicas sugerentes de malignidad:

- a) la presencia de un borde tumoral infiltrante.
- b) el grado de atipia celular en el estroma.
- c) el número de mitosis.

En estos casos, las metástasis se localizan preferentemente en los pulmones. Más frecuente es que se comprometan los ganglios axilares, huesos o ganglios linfáticos peri-aórticos.

Es importante destacar la distribución por edad del fibroadenoma gigante; en la casuística de Haagensen de 84 pacientes sólo 4 eran mujeres menores de 20 años.

Stone y cols. recientemente presenta una estadística de 143 pacientes, mayores de 14 años, con tumores mamarios. El 70% de ellos fueron fibroadenomas, comprobados mediante biopsia. Sólo 2 correspondían a un cistosarcoma; el resto estaba formado por diversas lesiones benignas, incluyendo quistes y procesos inflamatorios.

Otra característica clínica del Cistosarcoma es que la mayor parte de estos tumores crecen rápidamente y alcanzan gran tamaño antes de que la paciente acuda a control médico, como fue el caso de nuestra enferma.

En cuanto al tratamiento, todos los autores concuerdan en que debe extirparse el tumor en su totalidad con una pequeña cubierta de tejido sano, por cuanto en las ocasiones en que no se ha seguido esta recomendación, se han presentado casos de recidiva local, que han respondido en forma excelente a la reintervención adecuada.

Se aconseja controlar a las pacientes con cistosarcoma por el resto de sus días.

En cuanto a los pocos casos comunicados en mujeres jóvenes, como el presentado conviene una observación minuciosa, durante por lo menos 2 ciclos menstruales, recurriendo a la cirugía sólo si la masa persiste. Este criterio nos parece más razonable cuando recordamos que el cáncer de mama bajo los 20 años, es rarísimo y cuando esto ocurre, sigue un curso generalmente favorable.

La evolución presentada por la niña ha sido totalmente satisfactoria y en un control, 5 meses después de su intervención, no presenta signos de recidiva ni otras molestias agregadas.

Si bien es cierto los tumores mamarios en adolescentes son raros, el Cistosarcoma Phylloides es excepcional y es por esta razón que hemos querido darlo a conocer, más aún si consideramos que es susceptible de ser confundido con un proceso maligno.

RESUMEN

Se presenta un caso de Cistosarcoma Phylloides en una adolescente.

Este tipo de tumor mamario habitualmente se observa entre la cuarta y quinta década de la vida. De manera que esta lesión es muy poco común en mujeres jóvenes y aún más rara en una niña de trece años que aún no presenta su menarquia, como es este caso.

Este tumor es generalmente benigno.

El estudio incluye mamografía y examen histopatológico.

La terapia recomendada es extirpación local incluyendo un pequeño margen de tejido sano.

Dada la rareza de las lesiones mamarias en la pubertad o en la adolescencia es que nos ha parecido de interés describir este caso.

REFERENCIAS

- ¹ *Rosen, P.P.; et al.* Epidemiology of breast carcinoma: Age, menstrual status, and exogenous hormone usage in patients with lobular carcinoma in situ. *Surgery* 1979 Feb; 85 (2): 219-224.
- ² *Frankl, G.* Risk factors and occult breast cancer in young women. *AJR*. 1979 Mar; 132: 427-428.
- ³ *Seltzer, M.H. and Skiles M.S.* Diseases of the breast in young women. *Surg. Gynecol. Obstetr.* 1980 Mar; 150: 360-362
- ⁴ *Breast Lumps in adolescent girls.* (Letter). *Br. Med. J.* 1978 Feb; 4: 260-261.
- ⁵ *Burkitt, R.* Breast lumps in adolescent girls. (Letter). *Br. Med. J.* 1978 Feb; 25: 509-510.
- ⁶ *Shousta, S.; et al.* Carcinoembryonic antigen in breast cancer tissue: a useful prognostic indicator. *Br. Med. J.* 1979 Mar; 24: 777-779.
- ⁷ *Purandare As.* Carcinoma of the breast in women under the age of 30. *Br. Med. J.* 1978 Setp; 9:
- ⁸ *Haagensen, C. D.* in *Diseases of the breast*, pp. 245-269. Philadelphia, Saunders, 1971.
- ⁹ *Onuigbo, Wfb.* Adolescent breast masses in Nigerian Igbos. *Am. J. Surg.* 1979 Mar; 137-368.