



Tumor Filodes

Experiencia Quirúrgica del Instituto Nacional de Cancerología

A. RODRIGUEZ, MD; R. GUTIERREZ, MD, (Coordinador)

Palabras claves: Tumor filodes, Tumores benignos y malignos de la mama, Tumorectomía, Mastectomía, Supervivencia.

El tumor filodes de la mama es una lesión infrecuente. Debido a esto, se presenta controversia sobre su diagnóstico y tratamiento adecuado. Con el objetivo de definir el estado del arte del tratamiento quirúrgico, se realizó un estudio retrospectivo con las pacientes con diagnóstico de tumor filodes atendidas en el Instituto Nacional de Cancerología desde 1981 hasta 1990. Durante este periodo se atendieron 4.051 casos nuevos de tumores malignos de la mama, de los cuales 146 correspondieron a tumor filodes, que representan una frecuencia del 3.6%. La mayoría de casos se presentaron a la edad de 44 años. Se presentó masa en el 100%; además, dolor, circulación colateral y ulceración. El tiempo de evolución promedio fue de 13 meses, con un tamaño entre 2 y 40 cm. Los tumores malignos presentaron mayor tamaño en comparación con los benignos. Se realizó biopsia trucut a 75 pacientes siendo positiva en el 84% de los casos. Se clasificaron benignos 102, límite 20 y malignos 24. Se realizó tumorectomía en 33 casos, resección local amplia en 58, mastectomía simple en 40 y mastectomía simple ampliada en 14 casos. Se presentó recurrencia en el 13% de las pacientes. En el seguimiento, se encontró el 95% de pacientes sanas, 2 con enfermedad residual y 5 pacientes fallecidas por tumor maligno. Se encontró diferencia estadísticamente significativa en la sobrevida libre de enfermedad en los tres grupos histopatológicos.

Se concluye que el 70% de los casos de tumor filodes son benignos; que la biopsia trucut es el método con mayor positividad diagnóstica y que el 95% de las pacientes están libres de enfermedad luego del tratamiento quirúrgico.

INTRODUCCION

El tumor filodes fue descrito inicialmente por Johannes Muller en 1838, y originalmente fue considerado un tumor

benigno (1). Sólo hasta 1931 se informaron metástasis de un tumor filodes.

Revisando la bibliografía sobre este tumor, es evidente la controversia que existe sobre su diagnóstico y tratamiento. La rareza de estos tumores ha impedido reunir suficiente número de casos que permitan llegar a conclusiones sobre su manejo (5).

El tumor filodes constituye aproximadamente el 0.5% de todos los tumores de la mama (6) y el 2.5% de todos los tumores fibroepiteliales de este órgano. La edad de presentación está entre los 40 y 50 años, aunque hay incidencia en adolescentes (7). Existen informes en la literatura de tumor filodes en hombres, asociados con ginecomastia (8).

La presentación usual de este tumor es el de una masa firme, solitaria, la cual puede crecer hasta ocupar toda la mama. La masa puede permanecer estable por años y presentar un crecimiento acelerado, lo cual motiva la consulta. El tamaño puede variar de 1 a 20 cm (9). La ulceración de la piel se observa cuando los tumores alcanzan gran tamaño y resulta de la necrosis de ésta por presión (10). Además, se puede observar circulación colateral en la piel que cubre el tumor. Este se puede confundir con los carcinomas ductales o lobulares. El diagnóstico diferencial más frecuente se hace con el fibroadenoma.

Como otros sarcomas del cuerpo, el tumor filodes se puede clasificar histológicamente como benigno o maligno. La incidencia de malignidad está entre el 20 y el 50% (3).

Los criterios histológicos propuestos por Azzopardi (2) para distinguir entre tumor filodes benigno y maligno incluyen la evaluación de los márgenes, crecimiento estromal, atipia celular y número de mitosis por campo de gran aumento. Más recientemente, el trabajo de Ward y Evans (11) del *M. D. Anderson Hospital* revisaron retrospectivamente 26 casos incluyendo tamaño, crecimiento estromal, necrosis tumoral, mitosis y pleomorfismo nuclear. Encontraron relación estadísticamente significativa entre crecimiento estromal y aparición de metástasis y muerte ocasionada por la enfermedad.

Doctores: Alfonso Rodríguez Rojas (autor) y Rafael Gutiérrez (coordinador), Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá, D.C., Colombia.

El comportamiento clínico del tumor filodes parece tener relación con la edad a la cual se hace el diagnóstico. En el grupo de adolescentes, estos tumores generalmente son benignos y la enfermedad metastásica es rara (5). Amerson (12) propone la cirugía conservadora en pacientes adolescentes, aún en presencia de grandes tumores.

La tendencia del tumor filodes a la recurrencia local refleja la relación de este tumor con otros sarcomas de tejidos blandos. Como grupo, los sarcomas tienden al comportamiento local agresivo y la recurrencia local es común. El tratamiento local del tumor filodes está dirigido a la resección completa del mismo. La masa tumoral posee extensiones microscópicas que pueden ser amputadas durante la enucleación y llevan a la recidiva local. Las lesiones benignas que recidivan, se pueden tratar con resección local exitosamente. La recurrencia de lesiones malignas se deben considerar signo de mal pronóstico.

Como los otros sarcomas, el tumor filodes tiende a dar metástasis por vía hematogena a pulmón, hueso e hígado (13). Aunque clínicamente se encuentran adenopatías, éstas son de carácter inflamatorio por necrosis local y sobreinfección. Las metástasis están compuestas solamente por elementos estromales. La enfermedad metastásica es manifestación exclusiva de los tumores malignos y ocurre comúnmente en los 5 años posteriores al tratamiento. La enfermedad metastásica es siempre fatal.

El principio del tratamiento quirúrgico del tumor filodes es la resección completa del tumor con un margen de tejido sano. Cuando se tiene diagnóstico preoperatorio, se debe hacer una resección local amplia. En casos en los que el diagnóstico no se sospecha antes de la cirugía o cuando los márgenes no son adecuados, se recomienda ampliar la resección. En tumores muy grandes, en los cuales no se puede hacer cirugía conservadora, se indica la mastectomía simple. El vaciamiento axilar no está indicado (14).

El tumor filodes siempre se ha considerado resistente a quimioterapia y a radioterapia (13); sin embargo, en publicación reciente del *Royal Marsden Hospital* (15) se informa de remisión parcial y total de la enfermedad metastásica con la utilización de Ifosfamida.

Con el objetivo de definir el estado del arte del tratamiento quirúrgico del tumor filodes, se llevó a cabo un estudio descriptivo retrospectivo, tomando como muestra las pacientes con diagnóstico histopatológico de tumor filodes atendidas en el Instituto Nacional de Cancerología entre 1981 y 1990. Para las frecuencias simples se utilizó el método estadístico de chi cuadrado y para los análisis de sobrevida y de intervalo libre de enfermedad se usó el método de Kaplan Meier.

Durante el período de investigación, se atendieron 4.051 casos nuevos de tumores malignos de mama de los cuales 146 correspondieron a tumor filodes, los cuales representan una frecuencia de 3.6%. La mayoría de casos se presentaron en el grupo de edad de 40 a 49 años, con un promedio de 44 años. Se observó masa en el 100%, dolor en el 36%, circulación colateral en el 20% y ulceración en

el 5% de los casos. El tiempo de evolución promedio fue de 13 meses y el tamaño varió entre 2 y 40 cm. La principal localización fue en el cuadrante superoexterno. Se realizó biopsia *trucut* a 75 pacientes siendo positiva en el 84% de los casos. De los 146 casos de tumor filodes, se clasificaron benignos 102, límite 20 y malignos 24. Se realizó tumorectomía en 33 casos, resección local amplia en 58, mastectomía simple en 40 y mastectomía simple ampliada en 14 casos. Se presentó recurrencia en 19 pacientes que representan el 13% de los casos. Al cabo del seguimiento, se encontró el 95% de las pacientes sanas, 2 con enfermedad residual y 5 fallecidas por tumor filodes maligno. Se concluye que el 70% de casos de tumor filodes son benignos, que la biopsia *trucut* es el método con mayor positividad diagnóstica y que el 95% de las pacientes quedan libres de enfermedad luego de tratamiento quirúrgico.

MATERIALES Y METODO

Para el estudio se tomó como muestra a todas las pacientes con diagnóstico histopatológico de tumor filodes atendidas en el Instituto Nacional de Cancerología entre 1981 y 1990. Se tomaron como criterios de inclusión los siguientes: 1. Pacientes atendidas en el Instituto entre enero 1 de 1981 y diciembre 31 de 1990 con diagnóstico histopatológico de tumor filodes. 2. Atendidas en la consulta de seno y cirugía general. 3. Haber sido tratadas quirúrgicamente en el Instituto. 4. Disponer de los datos de seguimiento, así como la fecha y causa de la muerte. Para la recolección de información se diseñó un formato en el cual se reunieron los datos sobre identificación, síntomas, examen físico, exámenes paraclínicos, tipo de cirugía, clasificación histopatológica, recurrencia, reoperación y seguimiento.

Se realizó un listado de las pacientes atendidas en el período de tiempo, a partir de los archivos de la oficina de Registro y Control, de la oficina de Patología y de la consulta de seno del Instituto. Se revisaron las historias clínicas de las pacientes, de las cuales se obtuvo la base de datos. Se analizaron las frecuencias simples mediante la utilización del método estadístico de chi cuadrado, y para el análisis de sobrevida y de intervalo libre de enfermedad se utilizó el método de Kaplan Meier.

Variables clínicas

Edad. El tumor filodes se presentó en pacientes entre los 13 y los 84 años, con un promedio de 44 años. La mayoría de los casos se encontró en el grupo de edades entre los 40 y 49 años, con un total de 49 casos que representa una tercera parte del total. Solamente hubo 6 casos en pacientes menores de 20 años, lo que representa el 4.1% del total. No hubo diferencias en la edad de aparición con relación al tipo histopatológico: los benignos se presentaron en promedio a los 43 años; los límite a los 46 años y los malignos a los 44 años. En el grupo de pacientes menores de 30 años predominaron los tumores benignos (20 casos) en contraste con dos tumores límite y dos malignos en el mismo grupo.

Síntomas. El cuadro clínico del tumor filodes fue el de una masa en la mama en el 100% de los casos, y se presentó como única sintomatología en el 28% de las pacientes. Hubo dolor en el 36% de los casos, circulación colateral en el 20% y ulceración de la piel en 8 pacientes (5.5%). La ulceración se relacionó con masas de gran tamaño, las cuales ocasionaban necrosis por compresión e isquemia de la piel suprayacente. En 9 pacientes se encontró edema y eritema de la piel, sin ulceración. En una paciente, en el momento del diagnóstico, se encontraron metástasis pulmonares observadas en la radiografía del tórax. En 44% de las pacientes se palparon adenopatías axilares homolaterales, clínicamente de características banales.

Tamaño. El tamaño varió entre 2 y 40 cm con un promedio de 7.6 cm. El 80% de las masas eran menores de 10 cm de diámetro. Sólo 9 casos tuvieron diámetro superior a 15 cm. Se encontró diferencia estadísticamente significativa del tamaño de acuerdo con el tipo histopatológico: benignos 6.4 cm; límite 9.2 cm y malignos 11.9 cm, lo que representa el carácter agresivo y crecimiento acelerado de los tumores malignos. Cabe destacar que el 45% de las pacientes consultaron con masas menores de 5 cm de diámetro lo que representa una precoz búsqueda de atención médica ante la presencia de una masa en la mama.

Consistencia. El 67% de los tumores presentaron consistencia firme; el 10%, elástica y el resto consistencia mixta (firme-renitente).

Tiempo de evolución. En el momento de la consulta, la sintomatología tenía una duración entre 1 y 132 meses con un promedio de 13 meses. En 76% de los casos la sintomatología se presentó con duración menor de 12 meses. La mayoría de las pacientes manifestaron tener la masa sin aumento de tamaño durante varios meses, pero con crecimiento acelerado antes de la consulta. No hubo diferencia en el tiempo de evolución entre los tres tipos histopatológicos.

Localización. El cuadrante supero-externo fue la localización más frecuente, con el 28.8% de los casos. En orden descendente siguieron: compromiso de toda la mama, 17.8%; retroareolar, 13%; cuadrante supero-interno 11.6%; cuadrantes externos 8.9%; cuadrantes superiores 8.9%; cuadrante infero-externo 8.2%; cuadrante infero-interno 2.1%; y cuadrantes inferiores 0.7%.

Paridad. Esta se encontró entre 0 y 10 hijos, con un promedio de 2 hijos. El 30% de las pacientes eran nulíparas y el 18% solamente tenían 1 hijo.

Métodos diagnósticos

Mamografía. Se realizó solamente a 6 pacientes en las cuales se evidenció la masa palpada al examen físico, pero en ningún caso la interpretación radiológica fue de tumor filodes.

Biopsia aspirativa con aguja fina (BACAF). Se realizó la BACAF a 64 pacientes, con informe de tumor filodes en 23 casos (36%). En 64% de las pacientes no se diagnos-

ticó tumor filodes. En estos casos, el informe más frecuente fue fibroadenoma, mastopatía fibroquística, acelular, hemorrágico, inflamatorio y carcinoma.

Trucut. Se practicaron 75 biopsias *trucut*, cuyo informe fue tumor filodes, en 63 de ellas (84%). De las 12 que no fueron diagnósticas, hubo 5 negativas, 4 no conclusivas, 1 fibroadenoma, 1 carcinoma y 1 papiloma.

Biopsia a cielo abierto. Se realizaron 19, siendo positivas 16 (84%). Las tres biopsias negativas fueron informadas como no conclusivas.

Biopsia por congelación. Se practicaron 16 biopsias, siendo diagnósticas 13 (81.3%); 2 se informaron como fibroadenoma y 1 como papiloma.

Tratamiento quirúrgico

Se realizó tumorectomía en 33 casos, resección local amplia en 58, mastectomía simple en 40, mastectomía simple ampliada en 13 y mastectomía radical modificada en 1 caso.

La tumorectomía se realizó a pacientes jóvenes con impresión diagnóstica de fibroadenoma, en quienes se confirmó el diagnóstico de tumor filodes benigno, quedando en observación. La indicación para mastectomía simple fue el gran tamaño del tumor, que impedía realizar una cirugía conservadora. En 13 casos de mastectomía simple ampliada, se realizó vaciamiento del primer nivel ganglionar de la axila por encontrarse adenopatías, sin que se hubiese confirmado tumor en ninguno de los ganglios reseca- dos. La mastectomía radical modificada se realizó con el diagnóstico de carcinoma, confirmándose tumor filodes en la patología final.

Patología

La patología informó 102 casos de tumor filodes benigno; 20 límite y 24 maligno. Los ganglios axilares reseca- dos (14 pacientes) mostraron reacción inflamatoria en todos los casos.

Recurrencia

Se presentó recurrencia en 19 pacientes que representan el 13% de los casos. En 17 casos, la recurrencia fue en la mama; 1 caso de recurrencia en la región supraclavicular y 1 caso con metástasis pulmonares. De estas 19 pacientes, 7 presentaron una segunda recurrencia (4 en la mama, 1 en el pulmón y 2 en la reja costal); de éstas 3 pacientes presentaron una tercera recurrencia (1 en la mama y 2 en el pulmón).

Seguimiento

El seguimiento para el grupo de pacientes fue en promedio de 4.7 años. En el momento del corte, 138 pacientes se encontraban sanas, lo que representa el 94.5% de los casos; 2 pacientes presentaban enfermedad residual en la mama, quienes rechazaron la realización de tratamiento quirúrgico complementario.

Mortalidad

Se presentaron 6 muertes (4.1%). Cinco de ellas por enfermedad metastásica diseminada secundaria a tumor filodes maligno; 1 paciente con un tumor límite falleció 1 mes después del tratamiento quirúrgico por un infarto agudo del miocardio.

Sobrevida libre de enfermedad

En la Fig. 1 se muestran las curvas de supervivencia libre de enfermedad de acuerdo con los grupos de edad. Las pacientes se clasificaron en tres grupos: menores de 30 años, de 31 a 50 y mayores de 50 años. De acuerdo con el análisis, no se encontró diferencia estadísticamente significativa en la supervivencia libre de enfermedad para los tres grupos.

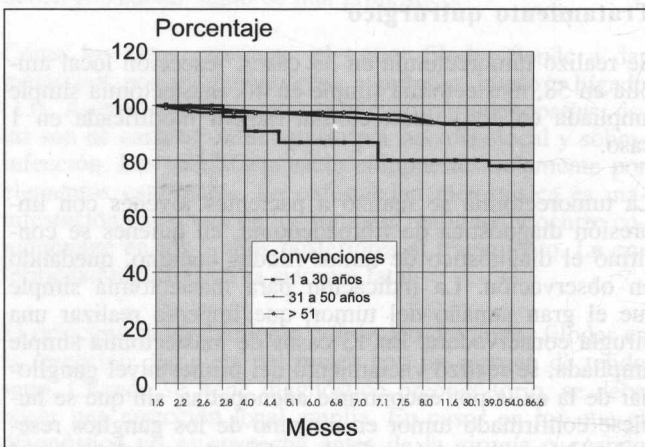


Fig. 1. Sobrevida libre de enfermedad, en tres grupos de edad, con tumor filodes.

En la Fig. 2 se muestran las gráficas de supervivencia libre de enfermedad para los tres tipos de cirugía realizados. Se encontró que los tres grupos presentan un tiempo libre de enfermedad similar. Esto se debe a que la tumorectomía como único tratamiento se aplicó a pacientes jóvenes con tumor filodes benigno. Además, muestra que la supervivencia libre de enfermedad es igual si se hace resección local amplia o mastectomía simple, lo cual confirma que la indicación para mastectomía simple la da el tamaño del tumor cuando impide realizar una resección local amplia segura.

Tomando solamente el tipo histopatológico, se encontró que los tumores benignos tienen supervivencia libre de enfermedad a los 5 años en el 94% de los casos; ésta baja al 80% a los 5 años para los tumores filodes límite y a 70% para los malignos. Esta diferencia es estadísticamente significativa (Fig. 3).

CONCLUSIONES

Durante el período estudiado se presentaron 146 casos de tumor filodes, con una frecuencia de 3.6%, la cual es siete veces mayor que la informada en la literatura.

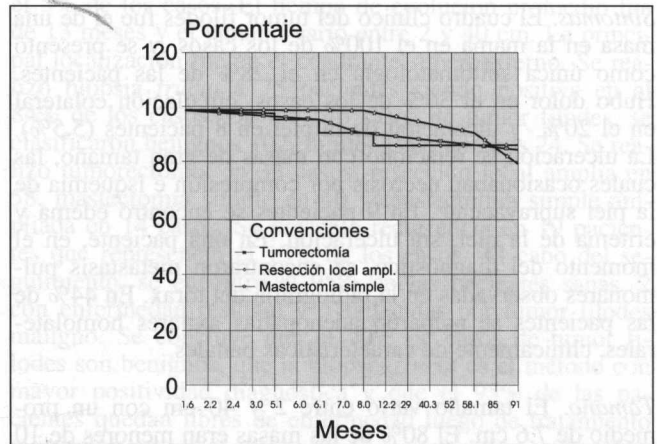


Fig. 2. Sobrevida libre de enfermedad según el tipo de cirugía practicada al tumor filodes.

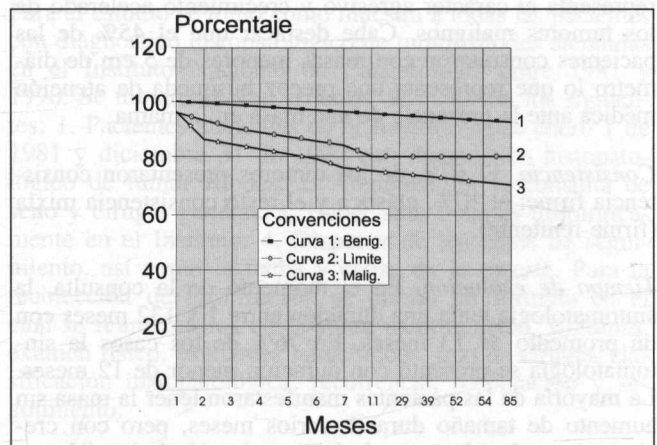


Fig. 3. Sobrevida libre de enfermedad a los 5 años de acuerdo con el tipo histopatológico del tumor filodes.

Este es el trabajo que incluye el mayor número de casos informado en la literatura.

Una tercera parte de todos los casos se presentó entre los 40 y 49 años, y en las pacientes menores de 30 años predominan los tumores benignos.

En el 44% de las pacientes se encuentran adenopatías palpables, siendo todas ellas inflamatorias. No se detectaron metástasis a los ganglios axilares.

La biopsia *trucut*, con 84% de aciertos, es el método con mayor positividad diagnóstica.

La recurrencia del tumor filodes es del 13%.

A los 5 años, el 95% de pacientes se encuentran sanas luego de tratamiento quirúrgico.

La supervivencia libre de enfermedad es igual si se realiza resección local amplia o mastectomía simple. La indicación

para la mastectomía simple la da el tamaño del tumor cuando impide realizar cirugía conservadora.

Hay diferencia estadísticamente significativa en la supervivencia libre de enfermedad para los tres tipos histopatológicos: benigno, límite y maligno.

ABSTRACT

Phyllodes tumor of the breast is an infrequent finding and for this reason there is controversy in the diagnosis and management. With the idea of defining the state of the art in surgical treatment of this condition a retrospective study was performed on all cases present with this diagnosis at the National Cancer Institute between 1981 and 1990. During this period of time 4051 new cases of carcinoma of the breast were diagnosed, 146 cases where

Phyllodes tumors representing 3.6%. The average age was 44yo. A tumor was present in 100% of the cases, other findings where pain, collateral circulation and ulceration. The average time of presentation was 13 months. Size ranged from 2 to 40 cm. Those that presented as a malignant tumor where bigger in size. Tumor where classified as: Benign 102; Borderline 20 and Malignant 24. Tumor resection was done in 33 cases, wide local resection in 58, simple mastectomy in 40 and extended simple mastectomy in 14 cases. Recurrence presented in 13 % of the patients. In the follow up 95% of the patients where alive and well. Two patients had residual disease and five patient died of carcinoma. An statically significant difference was found in the survival between the three histological groups. In conclusion 70% of the Phyllodes tumors are benign. Biopsy with trucut his the initial diagnostic method. And 95% of the cases are free of disease after surgical treatment.

REFERENCIAS

- Muller J: Über den feineren Bau and die Forman der Krankhaften Geschwulste. Berlin: Reimer 1938; 45
- Azzopardi J G: Problems in Breast Pathology. In: Bennington J, ed. Major Progress in Pathology. Philadelphia, WB Saunders, 1979; p. 346
- Vorherr H, Vorherr U F et al: Cystosarcoma Phyllodes: Epidemiology, pathohistology, pathobiology, diagnosis, therapy and survival. Arch Gynecol Obstet 1985; 236: 173
- Norris H J, Taylor H B: Relationship of histologic features to behavior of cystosarcoma phyllodes. Cancer 1967; 20: 2090
- Schanabel F R: Cystosarcoma phyllodes. Surg Oncol Clin NA 1993; 2 (1): 107
- Reynolds J, Mies C: Mesenquimal infiltrating tumors. In: Bland K I: The Breast: Comprehensive Management of Benign and Malignant Diseases. Philadelphia, WB Saunders, 1991; p. 217
- Anderson A, Bergdahl L: Cystosarcoma phyllodes in young women. Arch Surg 1978; 113: 742
- Pantoja E, López E: Gigant cystosarcoma phyllodes in a man with gynecomastia. Arch Surg 1976; 111: 611
- Haagensen C D: Cystosarcoma Phyllodes. In: Diseases of the Breast, ed. 3. Philadelphia. WB Saunders, 1986, p. 284
- Al-Jurf A, Hawk W A, Crile G: Cystosarcoma phyllodes. Surg Gynecol Obstet 1978; 146:358
- Ward R M, Evans H L: Cystosarcoma phyllodes: A clinicopathologic study of 26 cases. Cancer 1986; 58: 2282
- Amerson J R: Cystosarcoma phyllodes in adolescent females: A report of seven patients. Ann Surg 1970; 171: 849
- Kessinger A, Foley J F et al: Metastatic cystosarcoma phyllodes: A case report and review of the literature. J Surg Oncol 1972; 4: 131
- Pietruska M, Barnes L: Cystosarcoma phyllodes: A clinicopatologic analysis of 42 cases. Cancer 1978; 41: 1974
- Haekins R E, Schofield J B et al: Ifosfamide is an active drug chemotherapy of metastatic cystosarcoma phyllodes. Cancer 1992; 69 (9): 2271
- Bernstein L, Deapen D, Ross R K: The descriptive epidemiology of malignant cystosarcoma phyllodes tumors or the breast. Cancer 1993; 71 (10): 3020
- Hawkins R E, Shofield J B, Fischer C et al: The clinical and histologic criteria that predict metastases from cystosarcoma phyllodes. Cancer 1992; 69 (1): 141
- Rowell M D, Perry R R, Hsiu J G et al: Phyllodes Tumors. Am J Surg 1993; 165: 376
- Palmer M L, DeRisi D C, Pelikan A et al: Treatment options and recurrence potencial for cystosarcoma phyllodes. Surg Gynecol Obstet 1990; 170 (3): 193
- Chua C L, Thoms A: Cystosarcoma phyllodes: A review of surgical positions. Surgery 1989; 105 (2): 141
- Hart J, Layfield L J, Trumbull W E et al: Practical aspects in the diagnosis and management of cystosarcoma phyllodes. Arch Surg 1988; 123 (9): 1079

COMENTARIO

Hernando Abaúnza, MD, SCC (Hon). Docente Adsc. de Cir., U. Nal.

Entidad cuya primera descripción se debe a Cumin y a Chelui, pero fue indiscutiblemente Johannes Mueller quien introdujo el término por el que ha sido comúnmente conocido, *cistosarcoma filodes*; en el curso de los tiempos ha

tenido múltiples denominaciones siendo las más conocidas, *fibromixoma intracanalicular*, *adenocarcinoma quístico*, *fibroadenoma intracanalicular celular* y otros; hasta que hace 10 años la Organización Mundial de la Salud propuso el término de *Tumor Filodes*, término que ha tenido una amplia aceptación porque suprime el nombre de *sarcoma* que define malignidad, ya que el *Tumor Filodes* es benigno en la mayoría de los casos (75 a 85%).

Su frecuencia es rara; aproximadamente representa el 2.5% entre los tumores fibroepiteliales de la glándula mamaria; de aparición por lo general en mujeres entre los 40 y 50 años, con un promedio de 10 a 20 años mayor que la edad del fibroadenoma, se ha observado que entre más años tenga la paciente es más probable que el Tumor Filodes sea de la variedad considerada maligna.

Histológicamente tiene mucha relación con el fibroadenoma pero con un mayor desarrollo proliferativo, manifestado por un aumento de la celularidad estromal y por la presencia de proyecciones pseudopapilares que crecen sobre los conductos dilatados, siendo esto lo que establece su diferenciación básica con el fibroadenoma.

Norris y Taylor lo han clasificado según el número de atipias y el índice mitótico de la siguiente manera:

- Grado I Sin atipias muy semejante al fibroadenoma.
- Grado II Mayor celularidad y aumento en la mitosis pero sin atipias y con bordes de tumor muy bien definidos.
- Grado III Atipias moderadas, mayor celularidad, nivel mitótico medio y bordes de tumor mixtos.
- Grado IV Presentan patrón de malignidad histológico por mayor número de atipias, mitosis abundantes, áreas de necrosis y bordes infiltrantes.

Se ha recomendado siguiendo los criterios de Norris y Taylor no diagnosticar el Tumor Filodes como benigno o ma-

ligno sino como: Tumor Filodes de bajo grado, el que tiene menos de tres figuras mitóticas por campo, moderadas atipias, estroma celular predominante y bordes muy definidos; este tumor puede tener recurrencia pero nunca da metástasis. Y Tumor Filodes de alto grado, cuando tiene más de dos figuras mitóticas por campo, severo número de atipias, sobrecrecimiento estromal y márgenes infiltrados; potencialmente este tumor puede producir metástasis hematógenas principalmente en el pulmón, el hueso y el hígado. La frecuencia del Tumor Filodes de alto grado está entre un 20 y un 30%.

El filodes casi nunca da metástasis axilares y cuando se presentan ganglios axilares hipertróficos son por lo general de tipo reactivo.

El tratamiento casi siempre es quirúrgico y puede ser la tumorectomía con amplios márgenes de resección, pero si el tamaño lo exige, está indicada la mastectomía simple siendo aconsejable la reconstrucción mamaria inmediata. Recientemente un grupo de investigadores ingleses ha informado el uso de la quimioterapia con buen éxito en el tratamiento del Tumor Filodes.

Este trabajo de los doctores Rodríguez y Gutiérrez del Instituto Nacional de Cancerología es una magnífica revisión y tiene la importancia de ser con su 146 casos una de las mayores series publicadas. Es de anotar la alta positividad de la biopsia por punción con aguja de tipo *tru-cut*, la recurrencia del 13% y la malignidad global del 16%, que se encuentra entre los promedios publicados. Estoy seguro que esta publicación va a ser fuente de consulta posterior para los tratadistas nacionales y extranjeros.