

## RELATO DE CASO

# Tumor filoide em adolescente: relato de caso em jovem de 13 anos

*Phyllodes tumor in adolescent: a case report of a 13-year-old girl*

Raimundo Jovita de Arruda Bonfim<sup>1</sup>, Flávia Castello Branco Vidal<sup>2</sup>, Dulcelena Ferreira Silva<sup>3</sup>, Geusa Felipa de Barros Bezerra<sup>4</sup>, Luciane Maria Oliveira Brito<sup>5</sup>, Marcos Antonio Custódio Neto da Silva<sup>6</sup>, Walbert Edson Muniz Filho<sup>7</sup>, Thiago Castro Mubárack<sup>8</sup>, Eric de Medeiros Costa<sup>9</sup>, Thaise Nunes de Sousa<sup>10</sup>, Maria do Desterro Soares Brandão Nascimento<sup>11</sup>

## Descritores

Tumor filoide  
Adolescência  
Mastectomia  
Fibroadenoma

## Keywords

Phyllodes tumor  
Adolescence  
Mastectomy  
Fibroadenoma

## RESUMO

Os tumores filoides são neoplasias fibroepiteliais raras de mama. Em sua forma menos agressiva, comportam-se semelhantemente ao fibroadenoma, diferenciando-se apenas pelo tamanho do tumor e/ou velocidade do crescimento. Relatou-se um caso de uma menor de idade, apresentando ginecomastia bilateral, submetida à mastectomia esquerda e quadrantectomia na mama direita. O diagnóstico anatomopatológico demonstrou proliferação estromal, compatível com tumor filoide, o que comprometeu toda a extensão das peças cirúrgicas, inclusive a pele da região areolar. O diagnóstico de tumor filoide é raro nas mamas de adolescentes. O caso relatado adquire grande importância em função da idade da paciente, da localização e da extensão da lesão.

## ABSTRACT

*Phyllodes tumors are rare fibroepithelial breast neoplasms. In a less aggressive form, they behave in a similar fashion to the fibroadenoma, and the only differences can be seen in the tumor size and/or speed of growth. We reported the case of an underage girl, with bilateral gynecmastia, who underwent left mastectomy and right breast quadrantectomy. The histopathological diagnosis showed stromal proliferation, consistent with phyllodes tumor that compromised the entire length of the surgical specimens, including the skin areolar region. Diagnosis of phyllodes tumor is rare in breasts of adolescents. The reported case is of great importance due to the patient's age, and location and extent of the injury.*

Trabalho realizado na Universidade Federal do Maranhão (UFMA) e Instituto Maranhense de Oncologia Aldenora Bello – São Luís (MA), Brasil.

<sup>1</sup>Médico; Mestre em Saúde Materno-Infantil, UFMA – São Luís (MA), Brasil.

<sup>2</sup>Professora Adjunta da UFMA; Doutora em Biologia Humana e Experimental, Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

<sup>3</sup>Professora-Assistente da UFMA; Doutora em Fisiopatologia Humana e Experimental UERJ/UFMA – São Luís (MA), Brasil.

<sup>4</sup>Professora Adjunta da UFMA; Doutora em Biotecnologia, Universidade Estadual do Ceará (UECE) – Fortaleza (CE), Brasil.

<sup>5</sup>Professora-Associada da UFMA; Doutora em Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

<sup>6</sup>Acadêmico de Medicina da UFMA; Bolsista de Iniciação Científica da Fundação de Amparo à Pesquisa e Desenvolvimento Científico do Maranhão (FAPEMA) – São Luís (MA), Brasil.

<sup>7</sup>Farmacêutico; Técnico Administrativo de Nível Superior da UFMA; Mestre em Bioquímica, Universidade Federal do Ceará (UFC) – Fortaleza (CE), Brasil.

<sup>8</sup>Acadêmico de Farmácia da UFMA – São Luís (MA), Brasil.

<sup>9</sup>Acadêmico de Medicina da UFMA – São Luís (MA), Brasil.

<sup>10</sup>Graduada em Química; Bolsista de Apoio Técnico II pela FAPEMA – São Luís (MA), Brasil.

<sup>11</sup>Professora-Associada da UFMA; Doutora em Medicina, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) – São Paulo (SP), Brasil.

Endereço para correspondência: Maria do Desterro Soares Brandão Nascimento – Departamento de Patologia – NIBA – Avenida dos Portugueses, 1966, CCBS, bloco 3, sala 3A – Bacanga – CEP 65080-040 – São Luís (MA), Brasil – E-mail: cnsd\_ma@uol.com.br

Conflito de interesses: nada a declarar.

Recebido em: 02/04/2014. Aceito em: 22/08/2014

## Introdução

A descoberta de uma alteração palpável na mama constitui-se como impactos psicológico e emocional para a maioria das pacientes. O temor de um câncer de mama acarreta baixa autoestima, principalmente em mulheres jovens, por conta da própria imagem e de sua sexualidade.

Dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA) estimavam que, em 2012, no Brasil, ocorreriam 52.680 casos novos de câncer de mama, com um risco estimado de 52 casos a cada 100.000 mulheres. No Estado do Maranhão, calculavam-se 460 novos casos de neoplasia mamária em 2012, sendo 190 apenas na cidade de São Luís<sup>1</sup>.

O tumor filóide foi descrito pela primeira vez em 1893 por Johannes Muller, sendo denominado inicialmente de cistossarcoma filóide<sup>2</sup>. Desde a descrição original, mais de 60 sinônimos foram aplicados a esta entidade até à adoção dos tumores filóides, que são subdivididos histologicamente em benignos, *borderlines* ou malignos.

É um tumor raro, com prevalência de 0,3 a 0,9%, de origem fibroepitelial, derivando do estroma periductal ou intralobular. Manifesta-se, principalmente, por nódulo de crescimento rápido em mulheres de 30 a 50 anos, podendo ser benigno ou maligno<sup>3,4</sup>. Os tumores benignos correspondem de 35 a 64% dos casos<sup>5</sup>, apresentam delimitações regulares e as células do estroma mostram atipia nuclear mínima e baixa atividade mitótica<sup>4,6</sup>.

Já os tumores malignos produzem metástases à distância, que às vezes se degeneram em lesões histologicamente sarcomatosas, na ausência de um componente epitelial<sup>7</sup>. A maioria dos tumores malignos clinicamente tem crescimento de um ou vários elementos sarcomatosos, incluindo lipossarcoma, histiocitoma fibroso maligno, rabdossarcoma e condrossarcoma<sup>8</sup>.

Em imagens de mamografia, o tumor filóide aparece como um nódulo ovoide ou lobulado, circunscrito, semelhante ao fibroadenoma, porém com maiores dimensões. Seu aspecto ecográfico é de nódulo sólido, hipoeicoico, não homogêneo e bem circunscrito, podendo conter áreas císticas<sup>6</sup>. Na análise histológica, assemelha-se a um grande fibroadenoma, com componentes tanto estromais quanto epiteliais, podendo ser confundido com um fibroadenoma hiperplásico na *core biopsy*.

O tratamento padrão é a remoção cirúrgica do tumor. A excisão da lesão com margens é adequada nos casos de tumor filóide benigno. Muitos deles mostram uma taxa de crescimento relativamente alta e não possuem uma cápsula verdadeira, o que dificulta a enucleação<sup>9,10</sup>. A mastectomia radical é feita nos casos de comprometimento de fáscia e músculo peitoral pelo tumor<sup>11</sup> e tem sido indicada para os grandes tumores e para recorrências locais de lesões *borderline* e malignas.

A motivação para o trabalho deve-se à raridade do tumor filóide, bem como o fato de a idade da paciente estar abaixo da média de apresentação desse tipo de tumor.

## Relato de Caso

Paciente do sexo feminino de 13 anos, de cor parda, admitida no Serviço de Mastologia do Instituto Maranhense de Oncologia Aldenora Bello de São Luís, no Maranhão, em outubro de 2009, apresentando hipertrofia mamária bilateral, sem lesão da pele, com crescimento rápido ao longo dos seis meses anteriores, sem descarga papilar e história familiar de câncer. À época ainda era virgem e não havia apresentado menarca.

Ao exame clínico da mama direita, observou-se um tumor móvel indolor, medindo 25 cm, não aderente ao nível muscular e com consistência fibroelástica; na mama esquerda, um tumor móvel, indolor, medindo 32 cm não aderente ao nível muscular e de consistência fibroelástica sem comprometimento de pele e linfonodos axilares não palpáveis.

Foi realizada ultrassonografia, que mostrou a mama direita com volume aumentado, espessamento do tecido celular subcutâneo e tecido mamário heterogêneo com sinais de infiltração difusa, além de dois nódulos isoecóicos na união dos quadrantes superiores (QQSS) e inferior medial (QIM) medindo 3,7 e 1,7 cm, respectivamente. A mama esquerda estava com volume bastante aumentado, maior turgência e sinais flogísticos na pele e tecido celular subcutâneo, além de infiltração difusa do tecido mamário. O mesmo exame mostrou ainda a presença de nódulos mal definidos, com dimensões variadas nos quadrantes mamários (Figura 1).

O exame anatomopatológico do fragmento de massa esquerda evidenciou lesão fibroepitelial benigna. O laudo histopatológico revelou porção epitelial formada por constituintes normais, com células epiteliais circundadas por uma membrana de células mioepiteliais, as quais *são positivas para miosina de músculo liso*. A porção estromal é marcadamente celular, formada por células fusiformes, por vezes com áreas mixoides, particularmente nas mulheres mais jovens (Figura 2).

Foi realizada excisão ampla da massa e quadrantectomia na mama esquerda, com margens cirúrgicas livres de lesão. No transoperatório, realizou-se uma incisão a Pitanguy, com ressecção de lesão tumoral. Na avaliação anatomopatológica, visualizaram-se margens comprometidas, inclusive a região areolar, assim, optou-se por fazer uma mastectomia simples.

O exame macroscópico mostrou cinco peças, representadas a seguir:

- Nódulo tumoral medindo 12x10 cm, pesando 320 g, com superfície rugosa e pardacenta; aos cortes, tecido compacto, de aspecto tumoral pouco firme;
- Nódulo tumoral medindo 8,0x6,0 cm, com características idênticas às descritas anteriormente;
- Material recebido para congelação 09/894 – foram recebidas duas formações grosseiramente nodulares de

tecido, medindo a maior e a menor, respectivamente, 5,0x3,0 cm e 4,0x2,0 cm, de tonalidade pardacenta e consistência firme e elástica;

- Mama anatomicamente deformada, medindo 26x22 cm, recoberta por retalho cutâneo pardacento com aréola e mamilo levemente retraído. Aos cortes, tecido compacto pardacento, firme e elástico;
- Material recebido para congelação 09/895 – segmento de tecido firme e elástico, brancacento, de forma irregular, medindo 7,0x4,0 cm, com áreas amareladas.

O diagnóstico conclusivo foi de tumor filoide que comprometeu toda a extensão das peças cirúrgicas, inclusive a pele da região areolar, sem margem de segurança.

Dois dias após a realização da mastectomia da mama esquerda, realizou-se ressecção de tumor filoide e reconstrução da mama direita, associada à cirurgia plástica. No transoperatório, houve marcação à Pitanguy, ressecção do tumor filoide da mama direita e síntese por planos e curativos.

Após a congelação, o exame macroscópico mostrou segmento de mama de 232 g, medindo 12x8x5 cm, parcial e recoberto por um de pele de 6,5x2,0 cm. Aos cortes, lesão brancacenta, homogênea e elástica, ocupando todo o segmento da mama (B1-12/12f/cr). Tais segmentos eram acompanhados por: outro irregular de tecido rosado e elástico, medindo 5,5x2,0x1,0 cm. Aos cortes, era branco e elástico (B13/1f/cr); ainda mais um segmento irregular de tecido rosado e elástico, medindo 6x3x1,2 cm; e dois de pele medindo 8,0x3,0 cm e 9,0x1,5 cm (B14 e 15/3f/cr).

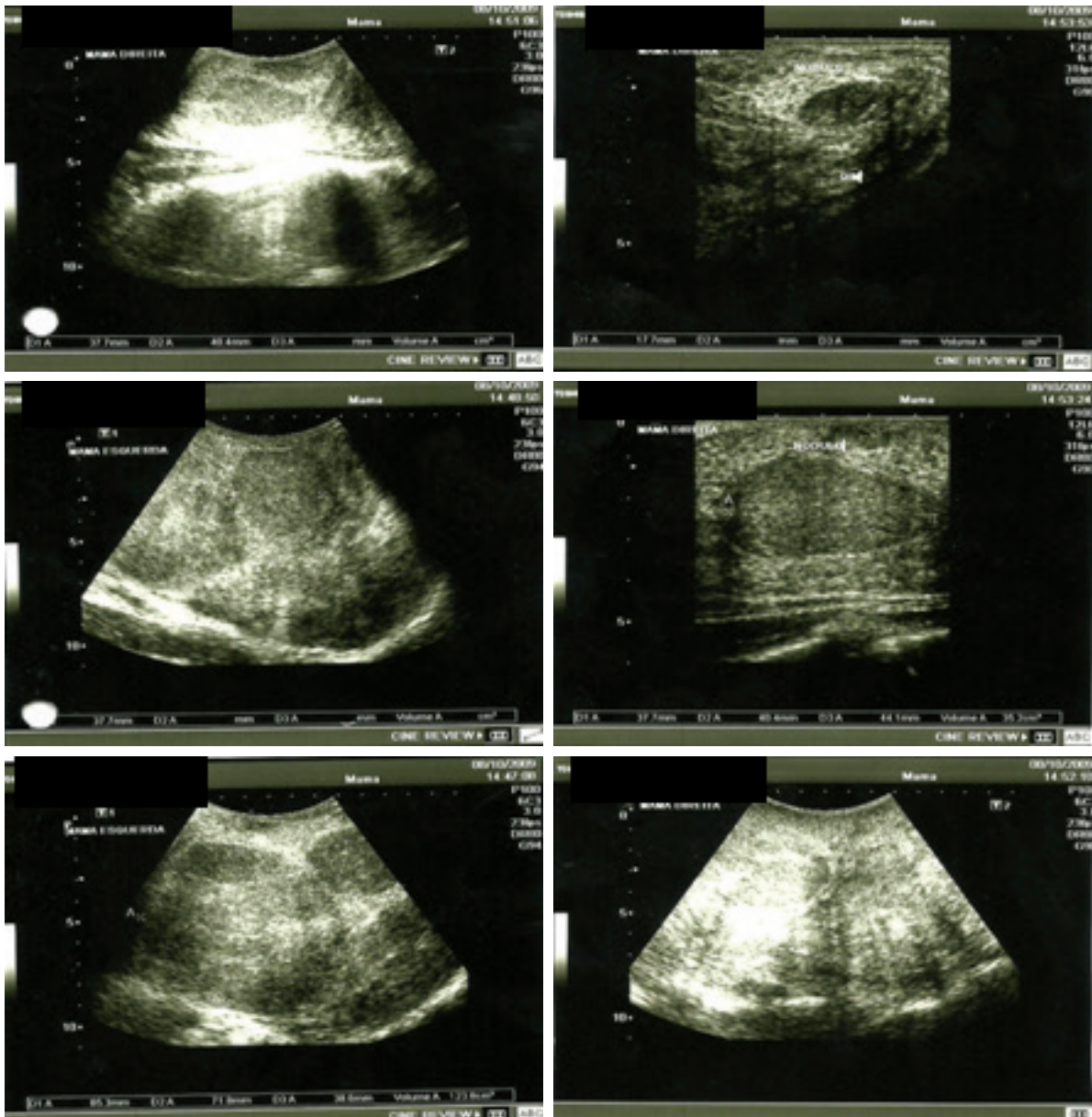


Figura 1. Ultrassonografia de mama demonstrando a presença de nódulos sólidos

O diagnóstico foi de tecido mamário exibindo proliferação estromal, por vezes colagenizada e outras mais frouxas, com alterações de hiperplasia pseudoangiomatosa e áreas focais de proliferação de pequenos vasos. Associa-se ao espalhamento de ductos tubulares com revestimento proeminente de células epiteliais e mioepiteliais. Observou-se a ausência de estruturas lobulares, sendo compatíveis com lesão fibroepitelial benigna, do tipo hipertrofia juvenil.

Após três meses das cirurgias, a paciente retornou ao ambulatório para consulta de rotina. O exame clínico das mamas não apresentou alterações, sendo marcado controle para seis meses. No entanto, antes de tal período, a paciente retornou, referindo aumento da mama direita, sendo solicitada nova ultrassonografia mamária que evidenciou múltiplas formações nodulares, sendo as maiores, ao nível da transição dos quadrantes externos, medindo, aproximadamente, 3,5x1,7 cm (Figura 3).

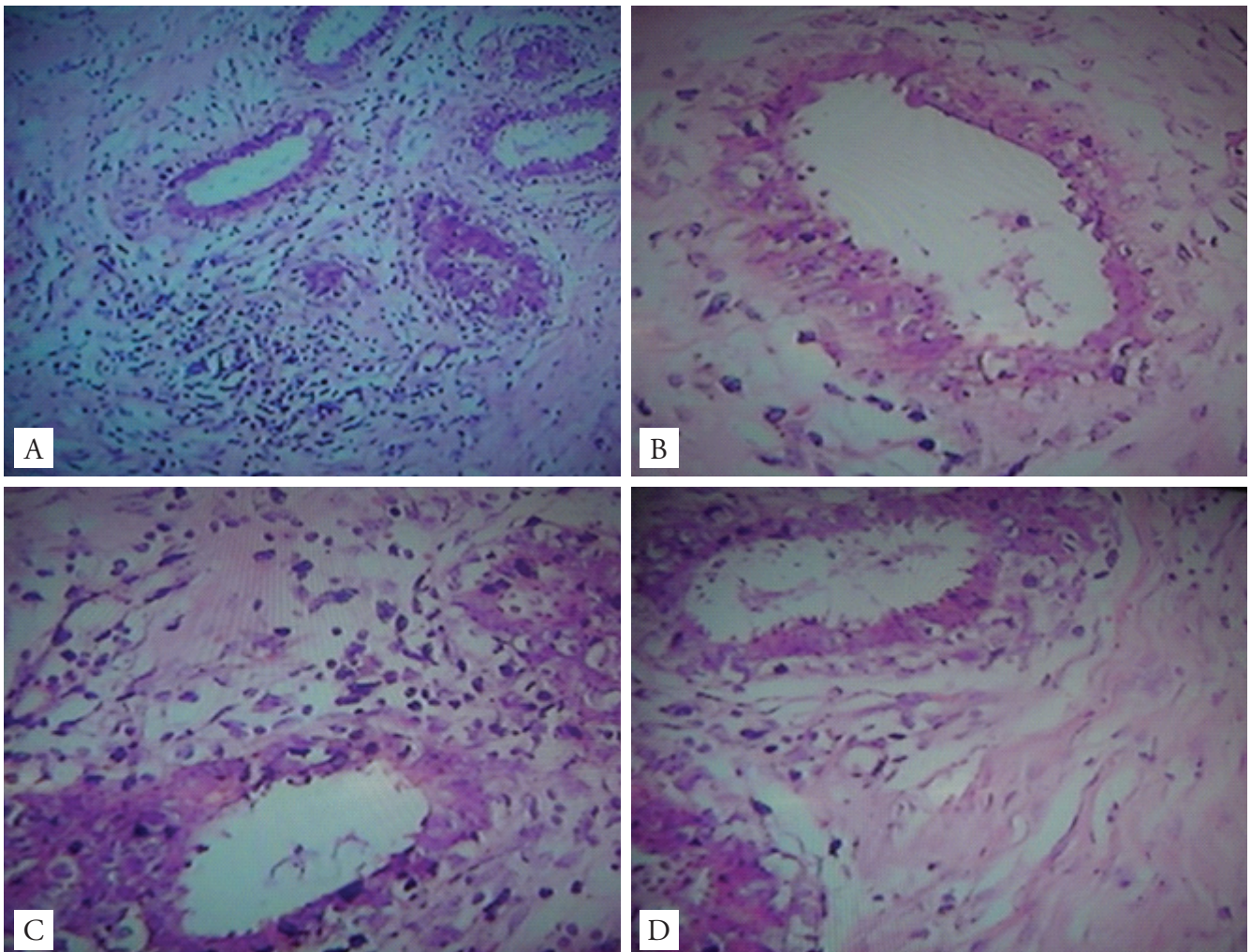
Diante do achado ultrassonográfico, realizou-se nova quadrantectomia da mama direita. Durante a cirurgia, fez-se incisão uniforme e ressecção segmentar da mama direita, hemostasia

e síntese por planos. O laudo anatomopatológico mostrou três formações nodulares, medindo, a maior, 7,6 cm e, a menor, 4,0x3,0 cm, de tonalidade pardacenta e consistência pouco firme. Isso caracterizou tumor filóide com características morfológicas de benignidade.

Após dois meses, a paciente retorna com nova ultrassonografia mamária, apresentando área nodular na mama direita, de textura hipoeoica, contendo grumos com líquido espesso em seu interior, medindo, aproximadamente, 2,4x1,5 cm. Também foi observada coleção líquida e periareolar, medindo aproximadamente 2,9x1,1 cm.

Ao exame clínico da mama direita, observou-se cicatriz consolidada e ausência de nodulações à palpação. Foi agendado retorno para o mês seguinte, no qual não foi observada alteração no exame clínico e físico da mama, sendo solicitada nova ultrassonografia mamária e outro retorno para dois meses.

Após oito meses, a jovem retornou, com hipertrofia na mama direita. À palpação, foram observadas seis nodulações em mama direita, por isso a paciente encontra-se em seguimento.



**Figura 2.** Achados histopatológicos. (A) presença de células atípicas tanto no componente epitelial quanto no estromal (HE, 40x); (B) pleiomorfismo celular (HE, 200x); (C) hiperchromatismo nuclear (HE, 200x); (D) presença de área com aspecto mixóide (HE, 200x).

## Discussão

Os nódulos mamários benignos são responsáveis por até 80% das lesões palpáveis<sup>12</sup>. O tumor floide é uma entidade rara, correspondendo até 0,9% dos casos dos tumores benignos da mama<sup>3</sup>. Ocorre mais frequentemente em mulheres entre 30 e 50 anos, sendo raro em mulheres entre 10 e 82 anos<sup>13</sup>.

O tamanho do tumor é variável, entre 1 a 41 cm (média de 4 a 7 cm)<sup>13</sup>, o que demonstra que o caso relatado diverge da média de ocorrência, pois apresentou, na mama direita, 25 cm e, na esquerda, 32 cm.

Os tumores fíloides podem apresentar crescimento lento ou rápido ou podem mostrar um padrão de crescimento bifásico<sup>5</sup>.

Seu diagnóstico é difícil, em função do rápido crescimento e grande tamanho. Além disso, apresenta aparência semelhante ao fibroadenoma<sup>14,15</sup>. O diagnóstico é estabelecido por meio de mamografia, ultrassonografia mamária e biópsia.

É importante estabelecer o diagnóstico diferencial de tumor floide e fibroadenoma. Os achados da mamografia do

tumor floide frequentemente mostram nódulos não espiculados, com ou sem calcificações. Essas são comuns nos fibroadenomas, mas raras nos fíloides. Na ultrassonografia, o tumor floide é visualizado com contornos lobulados, textura hipoecoica e cistos<sup>16</sup>.

Histologicamente, os tumores fíloides benignos são caracterizados por aumento da celularidade estromal, com ligeira à moderada atipia celular, margens circunscritas do tumor e taxa mitótica baixa e falta de crescimento excessivo do estroma<sup>17,18</sup>.

A literatura que discute o tumor floide ainda é escassa, sendo a terapêutica baseada fundamentalmente em séries retrospectivas e relatos de caso.

Por causa de seu comportamento clínico e prognóstico, eles devem ser tratados como sarcomas de mama primário, ao invés de carcinoma ductal infiltrativo<sup>19</sup>.

A cirurgia mais eficaz para essa enfermidade é a excisão local ampliada, com margem de pelo menos 1 cm<sup>20</sup>. Entretanto, aquela sem atenção para as margens é frequentemente realizada, particularmente nos casos em que os tumores fíloides são diagnosticados como fibroadenomas no pré-operatório. Taxas de

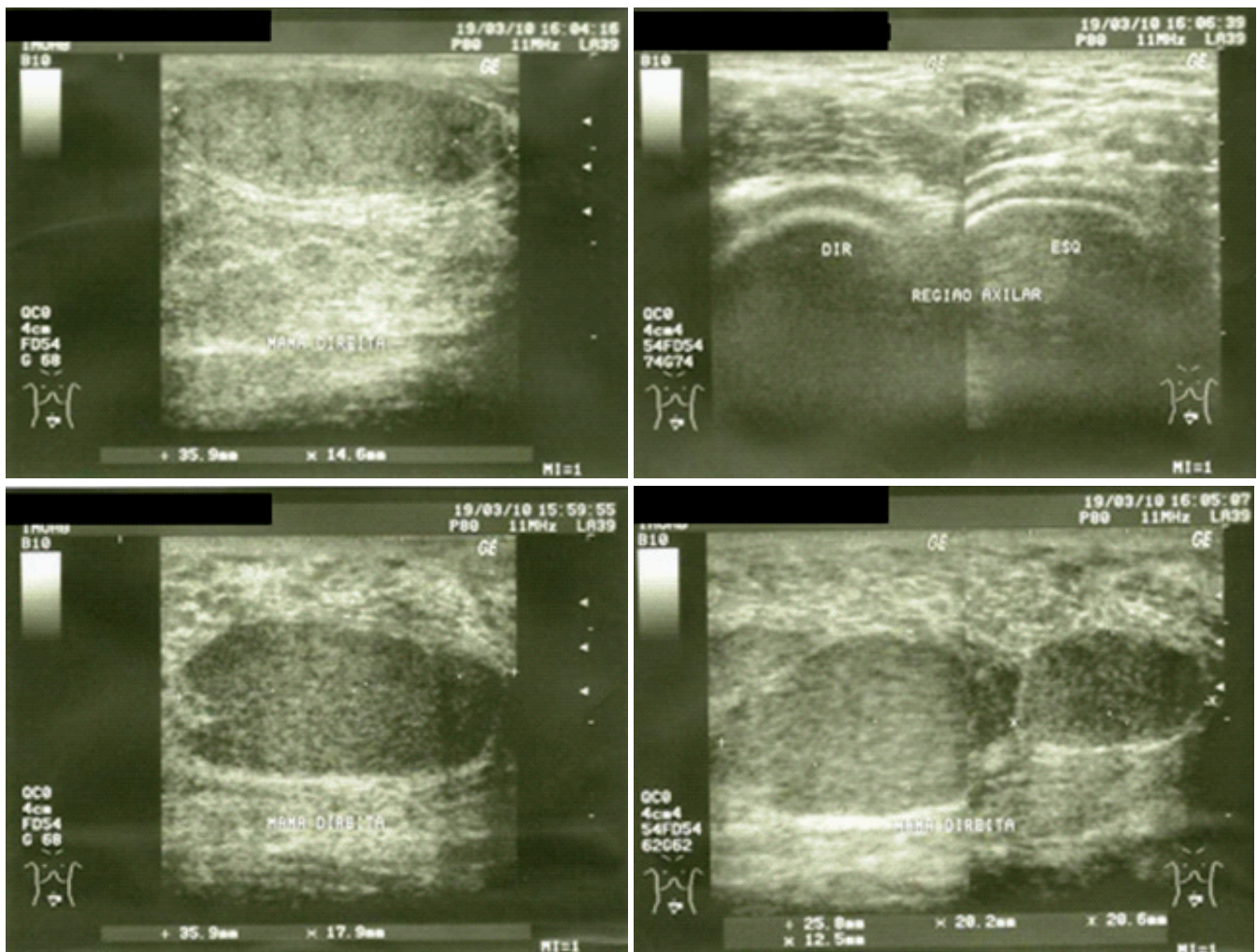


Figura 3. Ultrassonografia mostrando a presença de diversas formações nodulares

recorrência são elevadas, tanto após a excisão local quanto após a enucleação sem margens adequadas<sup>21</sup>.

A maioria das pacientes com tumores benignos e borderline é curada com cirurgia. A taxa de sobrevida para os tumores filoides malignos é de aproximadamente 60 a 80% em cinco anos<sup>22,23</sup>. Já a de sobrevida global em três anos para combinação de tumores filoides benignos e *borderline* foi de 100%<sup>19</sup>.

## Conclusão

O diagnóstico do tumor filóide é raro nas mamas de adolescentes. O caso relatado adquire grande importância em função da idade da paciente e da localização e extensão da lesão. Devido a sua raridade e escassez de informações na literatura, faz-se necessário ampliar as pesquisas e os estudos clínicos.

## Referências

1. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação Geral de Ações Estratégicas, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: Inca; 2011. 118p.
2. Muller J. Uber den feineren bau and die formen der krankhaften geschwulste. Berlin, Germany: Reimer; 1893. 54p.
3. Belkacémi Y, Bousquet G, Marsiglia H, Ray-Coquard I, Magné N, Malard Y, et al. Phyllodes tumor of the breast. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2008;70(2):492-500.
4. Duarte RD, Furtado AA, Lermen Jr A, Borges L, Carvalho EM, Neves HZ, et al. Lesões mamárias incomuns: ensaio iconográfico. *Radiol Bras*. 2005;38(5):371-6.
5. Kopans DB. Ultrasound and breast evaluation. In: Kopans DB, editor. *Breast imaging*. 2. ed. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1998. p. 409-43.
6. Reinfuss M, Mitus J, Duda K, Stelmach A, Rys J, Smolak K. The treatment and prognosis of patients with phyllodes tumor of the breast: an analysis of 170 cases. *Cancer*. 1996;77(5):910-6.
7. Feder JM, Paredes ES, Hogge JP, Wilken JJ. Unusual breast lesions: radiologic-pathologic correlation. *RadioGraphics*. 1999;S11-26.
8. Calhoun K, Lawton TJ, Kim JM, Lehman CD, Anderson BO. Phyllodes tumors. In: Harris J, Lippman ME, Osborne, CK, Morrow M (eds). *Diseases of the breast*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2010. 781p.
9. Guerrero MA, Ballard BR, Grau AM. Malignant phyllodes tumor of the breast: review of the literature and case report of stromal overgrowth. *Surg Oncol*. 2003;12(1):27-37.
10. Cheng SP, Chang YC, Liu TP, Lee JJ, Tzen CY, Liu CL. Phyllodes tumor of the breast: the challenge persists. *World J Surg*. 2006;30(8):1414-21.
11. Confavreux C, Lurkin A, Mitton N, Blondet R, Saba C, Ranchère D, et al. Sarcomas and malignant phyllodes tumours of the breast – a retrospective study. *Eur J Cancer*. 2006;42(16):2715-21.
12. Hines JR, Murad TM, Beal JM. Prognostic indicators in cystosarcoma phylloides. *Am J Surg*. 1987;153(3):276-80.
13. Nazário ACP, Rego MF, Oliveira VM. Nódulos benignos da mama: uma revisão dos diagnósticos diferenciais e conduta. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2007;29(4):211-9.
14. Barrio AV, Clark BD, Goldberg JJ, Houque LW, Bernik SF, Flynn LW, et al. Clinicopathologic features and long-term outcomes of 293 phyllodes tumors of the breast. *Ann Surg Oncol*. 2007;14(10):2961-70.
15. Foxcroft LM, Evans EB, Porter EJ. Difficulties in the pre-operative diagnosis of phyllodes tumor of the breast: a study of 84 cases. *Breast*. 2007;16(1):27-37.
16. Jacklin RK, Ridgway PF, Ziprin P, Healy V, Hadjiminas D, Darzi A. Optimising preoperative diagnosis in phyllodes tumor of the breast. *J Clin Pathol*. 2006;59:454-9.
17. Liberman L, Bonaccio E, Hamele-Bena D, Abramson AF, Cohen MA, Dershaw DD. Benign and malignant phyllodes tumors: mammographic and sonographic findings. *Radiology*. 1996;198(1):121-4.
18. Hawkins RE, Schofield JB, Fisher C, Wiltshaw E, McKinna JA. The clinical and histologic criteria that predict metastases from cystosarcoma phylloides. *Cancer*. 1992;69(1):141-7.
19. Fajdić J, Gotovac N, Hrgović Z, Kristek J, Horvat V, Kaufmann M. Phyllodes tumors of the breast diagnostic and therapeutic dilemmas. *Onkologie*. 2007;30(3):113-8.
20. Confavreux C, Lurkin A, Mitton N, Blondet R, Saba C, Ranchère D, et al. Sarcomas and malignant phyllodes tumours of the breast--a retrospective study. *Eur J Cancer*. 2006;42(16):2715-21.
21. Barth RJ Jr, Wells WA, Mitchell SE, Cole BF. A prospective, multi-institutional study of adjuvant radiotherapy after resection of malignant phyllodes tumors. *Ann Surg Oncol*. 2009;16(8):2288-94.
22. Kapiris I, Nasiri N, A'Hern R, Healy V, Gui GP. Outcome and predictive factors of local recurrence and distant metastases following primary surgical treatment of high-grade malignant phyllodes tumours of the breast. *Eur J Surg Oncol*. 2001;27(8):723-30.
23. Macdonald OK, Lee CM, Tward JD, Chappel CD, Gaffney DK. Malignant phyllodes tumor of the female breast: association of primary therapy with cause-specific survival from the Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER) program. *Cancer*. 2006;107(9):2127-33.