

# Tumor filoide maligno de mama bilateral: relato de caso

## *Bilateral malignant phyllodes tumor of breast: a case report*

Guilherme Carvalho Ribeiro Rodrigues<sup>1</sup>, Manoelly Karolina de França<sup>2</sup>, Sarah Campos Valença<sup>3</sup>, Bruno Pacheco Pereira<sup>4</sup>, João Esberard de Vasconcelos Beltrão Neto<sup>5</sup>, Carlos Eduardo Caiado Anunciação<sup>6</sup>, Antônio Simões dos Santos Figueira Filho<sup>7</sup>

### Descritores

Tumor filoide  
Saúde da mulher  
Quimioterapia  
Neoplasias da mama  
Metástase

### Keywords

Phyllodes tumor  
Women's health  
Chemotherapy  
Breast neoplasms  
Metastasis

### RESUMO

O tumor filoide da mama é uma entidade rara, responsável por menos de 1% dos tumores de mama, 2 a 3% dos tumores fibroepiteliais e o sarcoma mais frequente na mama, tendo máxima incidência aos 35–55 anos e acometimento bilateral somente em 3% desses casos. Por conta de sua semelhança macroscópica ao fibroadenoma, exames de imagem são insuficientes para o diagnóstico pré-operatório. O tratamento usual do tumor é a ressecção cirúrgica com margens livres de segurança, se estendendo a mastectomia em casos de tumores borderline, malignos ou recorrentes. O tratamento adjuvante deve ser considerado principalmente nos casos de tumores recorrentes, malignos ou após metástase, entretanto sua efetividade não está comprovada. Este trabalho relata o caso de uma paciente do sexo feminino, 47 anos, encaminhada ao serviço do Hospital Universitário Oswaldo Cruz após tumorectomia em mama direita e diagnóstico anatomopatológico de tumor filoide maligno, sendo realizada mastectomia simples de mama direita. Cerca de um ano e meio de pós-operatório, houve evolução com recidiva local e tumor filoide maligno na mama contralateral, e a paciente foi submetida novamente a tratamento cirúrgico, mas agora seguida por quimio e radioterapia adjuvantes. Após seis meses do tratamento, ela evoluiu com metástases em tórax, abdome e cabeça, seguindo em tratamento paliativo.

### ABSTRACT

*The phyllodes tumor of the breast is a rare entity that accounts for less than 1% of breast tumors, 2 to 3% of fibroepithelial tumors and the most common sarcoma in the breast, with peak of incidence at 35–55 years, and only in 3% of cases there is bilateral. Because of macroscopic similarity to the fibroadenoma, imaging exams are insufficient to preoperative diagnosis. The usual treatment of PT is surgical resection with free safety margins, extending mastectomy in cases of borderline tumors, malignant or recurrent. The adjuvant treatment should be considered in recurrent tumors, malignant or after metastasis, however its effectiveness is unproven. This paper reports the case of a female patient,*

Trabalho realizado no Hospital Universitário Oswaldo Cruz, Universidade de Pernambuco – Recife (PE), Brasil.

<sup>1</sup>Acadêmico de Medicina pela Universidade de Pernambuco; Mestre em Biotecnologia Industrial pela Universidade Federal de Pernambuco – Recife (PE), Brasil.

<sup>2</sup>Acadêmico de Medicina pela Universidade de Pernambuco – Recife (PE), Brasil. <sup>3</sup>Médica Residente no Hospital Universitário Oswaldo Cruz, Universidade de Pernambuco – Recife (PE), Brasil.

<sup>4</sup>Médico Oncologista Preceptor da Residência Médica de Mastologia no Hospital Universitário Oswaldo Cruz, Universidade de Pernambuco – Recife (PE), Brasil.

<sup>5</sup>PhD em Medicina pela Universidade Federal do Rio de Janeiro–Rio de Janeiro (RJ); Chefe da Residência Médica em Mastologia no Hospital Universitário Oswaldo Cruz, Universidade de Pernambuco – Recife (PE), Brasil.

<sup>6</sup>Médico Mastologista Preceptor da Residência Médica em Mastologia no Hospital Universitário Oswaldo Cruz, Universidade de Pernambuco – Recife (PE), Brasil.

<sup>7</sup>PhD em Cirurgia Clínica e Experimental pela Universidade de Pernambuco; Diretor da Faculdade de Ciências Médica na Universidade de Pernambuco – Recife (PE), Brasil.

Endereço para correspondência: Guilherme Carvalho Ribeiro Rodrigues – Rua Henrique Capitulino, 137 – Boa Viagem – CEP: 51111-210 – Recife (PE), Brasil. E-mail: rodrigues.gcr@hotmail.com

Conflito de interesses: nada a declarar.

Recebido em: 09/12/2014. Aceito em: 28/01/2015

*47 years-old, sent to the service of University Hospital Oswaldo Cruz after lumpectomy in right breast and pathological diagnosis of malignant phyllodes tumor, being held simple mastectomy right breast. About a year and a half after surgery, there was local recurrence and malignant phyllodes tumor in the contralateral breast, and the patient was resubmitted to surgery, but now followed by adjuvant chemotherapy and radiotherapy. After six months of treatment, patient developed metastases in the chest, abdomen and head, following in palliative treatment.*

## Introdução

O tumor filóide (TF) da mama é uma entidade rara, responsável por menos de 1% dos tumores de mama, 2 a 3% dos tumores fibroepiteliais e o sarcoma mais frequente na mama, tendo máxima incidência aos 35–55 anos e acometimento bilateral em somente 3% desses casos<sup>1,2</sup>.

Os TF foram classificados pela Organização Mundial de Saúde em três categorias: benignos, borderlines e malignos, de acordo com o grau de atipia, atividade mitótica, características das margens tumorais e a presença de desenvolvimento estromal. Por ser agressivo localmente e ter alta taxa de recorrência, o tratamento inicial preferível é o cirúrgico. Além disso, o TF é o único tumor benigno da mama capaz de malignizar-se, o que ocorre em até 20% dos casos, desenvolvendo-se como sarcoma de mama. Entretanto, mesmo quando maligno, o TF apresenta baixa taxa de metástase (<20%)<sup>3</sup>.

Este relato de caso disserta sobre o diagnóstico e o tratamento de um tumor filóide maligno de acometimento bilateral em uma mulher saudável de 47 anos, provavelmente o primeiro descrito em literatura.

## Relato de caso

R.M.S., 47 anos, solteira, G2P1A1, nega uso de drogas, comorbidades, alergias e antecedentes familiares de câncer.

Em junho de 2011, após exames de mamografia (MMG) e ultrassonografia (USG), a paciente foi diagnosticada com um nódulo em mama esquerda (0,9 cm) e três nódulos irregulares em mama direita (3,6 cm; 2,3 cm; 2,1 cm) de categoria 3, passando por nodulectomia em mama direita (MD), que confirmou TF maligno por meio do exame anatomopatológico (AP). Por conta desse diagnóstico, a paciente foi encaminhada ao serviço especializado em mastologia oncológica, no Hospital Universitário Oswaldo Cruz.

Em novembro 2011, após confirmação de TF maligno por meio de teste imunohistoquímico (IHQ) e ausência de sinais de disseminação em USG de abdome total e raio X de tórax, foi realizada mastectomia simples (MS) de MD e pesquisa de linfonodo sentinela (LS). O AP confirmou TF com margem

livres e LS negativo. A paciente seguiu em acompanhamento ambulatorial sem tratamento adjuvante.

Após um ano de seguimento, foi detectado à MMG massa no quadrante superolateral (1,1–2,0 cm), regular de contornos pouco definidos em ME, sem evidência de linfonodomegalia axilar (BI-RADS 0). A USG de ME demonstrou cisto simples (1,3 cm) às 3h. O exame físico não revelou alterações. A paciente seguiu em acompanhamento semestral.

Em julho de 2013, a paciente relatou tumoração em plastrão direito. A MMG evidenciou imagem nodular densa em quadrante superolateral (QSL) e calcificações de aspecto benigno em mama esquerda (ME) (BI-RADS 0). À USG, foram detectadas presença de um nódulo (1,7 cm) em plastrão direito e três nódulos em QSL de ME (1,1 cm; 1,9 cm; 4,0 cm) com fluxo ao doppler, sendo o maior deles heterogêneo e de contorno irregular, que ao exame físico demonstrou-se endurecido e pouco móvel. A conduta determinada foi biópsia excisional em plastrão direito e *core biopsy* em ME, que confirmaram TF recidivante à direita e TF maligno em ME.

Em agosto de 2013, foi realizada MS+LS em ME e ampliação de plastrão mamário à direita. O AP não detectou neoplasia residual na ampliação doplastrão direito, entretanto a IHQ confirmou TF maligno recidivado. Da axila esquerda foram retirados quatro linfonodos hipertrofiados, o maior medindo 2,2x1,0 cm, todos com ausência de neoplasia metastática. Em ME, o AP evidenciou tumoração nodular abaixo da pele, com características de sarcoma pleomórfico com foco de diferenciação condrossarcomatosa e extensa área de necrose. A IHQ da ME confirmou TF maligno com diferenciação heteróloga lipossarcomatosa.

A paciente foi submetida à tomografia computadorizada (TC) de tórax e abdome que não detectaram presença de disseminação metastática. Após os exames, foram iniciadas quimioterapia (QT) e radioterapia (RT) adjuvantes, utilizando-se os mesmos esquemas para sarcoma de partes moles, Epirubicina+ Ifosfamida por cinco ciclos.

Cerca de seis meses de seguimento pós-QT, a paciente evoluiu com diversas alterações radiológicas e clínicas sugestivas de implantes metastáticos. Ao exame físico: múltiplos nódulos em plastrão mamário e região axilar bilaterais; ptose e estrabismo divergente à direita. Em TC de tórax: múltiplos nódulos pulmonares, o maior deles cavitado em segmento apical do LID (5,5x3,8 cm); um nódulo intracístico (1,8 cm) no

leito do músculo retromamário; pequenos nódulos em ambos os plastrões mamários. Em TC do abdome: lesões hepáticas expansivas hipodensas em lobo esquerdo; líquido livre na pelve; espondilose lombar e lesão nodular no folheto superior do músculo reto abdominal à direita (2,0x1,4 cm). Em TC de crânio com contraste: espessamento do ventre muscular reto superior à direita (área de 1,2 cm<sup>2</sup>).

Foi dado início ao tratamento quimioterápico, mas sem resposta, o qual foi suspenso, e então iniciada terapia paliativa.

## Discussão

O tumor filóide não apresenta sinais patognomônicos aos exames de imagem, como mamografia e ultrassonografia. No exame mamográfico, é comum a presença de massa volumosa (>5 cm) isodensa no parênquima mamário, circunscrito com a presença ou não de calcificações. Ao ultrassom, usualmente é referido como nódulo sólido, lobulado, com contornos bem definidos, podendo estar ou não associado a componentes císticos<sup>4</sup>.

Por suas características macroscópicas, margens bem delimitadas sem invasão do tecido mamário (benigno), o principal diagnóstico diferencial do tumor filóide se faz com o fibroadenoma (FA), principalmente em jovem e em tumores de menor porte<sup>5</sup>.

Por conta de sua semelhança macroscópica ao FA, a ultrassonografia e a mamografia são consideradas inadequadas para o diagnóstico do TF. Microscopicamente, o TF apresenta hiperplasticidade estromal, tornando a *core biopsy* o exame mais confiável no pré-operatório<sup>6</sup>.

O tratamento usual do TF é a ressecção cirúrgica, com margens livres de segurança, se estendendo à mastectomia em casos de tumores borderline, malignos ou recorrentes. A efetividade do tratamento adjuvante não está comprovada, mas deve ser considerada caso a caso por conta do risco de recorrência (20–40%) e, quando maligno, de metástase. Após metástase, o padrão utilizado é o mesmo para sarcoma em razão de suas características semelhantes<sup>7,8</sup>.

As metástases são raras nos casos de TF; mesmo quando histologicamente maligno, em 75% dos casos não há metástase. Os sítios comuns de implante são pulmões (66%), ossos (28%) e cérebro (9%). A metástase desenvolve-se independente

de recorrência local, preferencialmente por via hematogênica, raramente acometendo linfonodos (<1%). Esse padrão de disseminação torna pertinente a pesquisa de linfonodos sentinelas e, se necessária, a mastectomia, e o esvaziamento axilar nos casos de malignidade. Apesar de raro, quando há presença de metástase, o prognóstico de sobrevivência do paciente é pobre<sup>3</sup>.

## Conclusão

Por ser um tumor extremamente raro e de difícil diagnóstico, o tratamento adjuvante do TF maligno ainda não está bem estabelecido, sendo essa uma causa do mal prognóstico desse câncer após o estabelecimento de metástase. Este relato trouxe um caso no qual foram abordados todos os procedimentos necessários descritos em literatura, entretanto sem êxito. Isso só demonstra a necessidade de mais estudos para o tratamento mais eficiente do tumor filóide maligno.

## Referências

1. Barros MRC, Diniz MC, Simões JC. Cistossarcoma filóides maligno: revisão de literatura e relato de caso. *Revista do Médico Residente*. 2008;10:4.
2. Mrad K, Driss M, Maalej, Rondhane KB. Bilateral cystosarcoma phyllodes of the breast: A case report of malignant form with contralateral benign form. *Ann Diagn Pathol*. 2000;4:370-2.
3. Mishra SP, Tiwary SK, Mishra M, Khanna AK. Phyllodes tumor of breast: a review article. *ISRN Surg*. 2013;2013:361469.
4. Goel NB, Knight TE, Pandey S, Riddick-Young M, Paredes ES, Trivedi A. Fibrous lesions of the breast: imaging-pathologic correlation. *Radiographics* 2005;25:1547-59.
5. Ibáñez R, Gladys MG, Andrés JB, Jaime GG, Jorge AP, Patricio TN, et al. Tumor filóides de la mama. *Revista chilena de cirugía*. 2010;62(2):119-24.
6. Jacklin RK, Ridgway PF, Ziprin P, Healy V, Hadjiminas D, Darzi A. Review: Optimising preoperative diagnosis in phyllodes tumor of the breast. *J Clin Pathol*. 2006;59:454-9.
7. Boff RA, Wisintainer F, Amorim G. Manual de diagnóstico e terapêutica em mastologia. 2ª ed. Caxias do Sul: Mesa Redonda; 2008. p. 219-20.
8. Burstein Harold J, Harris JR, Morrow M. Cancer of the breast. In: *Cancer: Principles and practice of oncology*. 8th. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2008. p.1853.