

Tumor filoides de mama: série de casos e revisão de literatura

Phyllodes breast tumor: case series and review of literature

Kelly Fernanda Pereira e Silva¹, Cristiano Devenci Vendrami¹, Tiago Jacometo de Castilho¹,
Letícia Viani da Silva², Reitan Ribeiro³, José Clemente Linhares³, Sergio Bruno Bonatto Hatschbach³

Descritores

Tumor filóide
Mama
Mastectomia
Recidiva
Mortalidade

Keywords

Phyllodes tumor
Breast neoplasms
Mastectomy
Recurrence
Mortality

RESUMO

Introdução: O tumor filóides é uma neoplasia mamária rara, correspondendo a 2% dos tumores fibroepiteliais da mama, sendo 80% dos casos representados por tumores benignos. **Objetivo:** Verificar os casos de tumor filóides tratados no Hospital Erasto Gaertner, seu manejo e desfecho. **Método:** Estudo retrospectivo de pacientes com diagnóstico de tumor filóides tratadas no Hospital Erasto Gaertner, no período de 1973 a 2008, totalizando 58 casos. **Resultados:** Dos 58 casos estudados, a média de idade das pacientes foi de 43,93 anos e o tamanho médio dos tumores de 9,4 cm. Vinte e quatro casos (41,3%) eram malignos. A taxa de recidiva locorregional foi de 15,4%, sendo 12% na mesma mama, 1,7% em axila homolateral. A taxa de recidiva a distância foi de 8,6%. Comprometimento linfonodal estava presente em 1,7% dos casos avaliados. O tratamento consistiu em mastectomia simples associada ou não a linfadenectomia axilar em 63,7% das pacientes e tumorectomia em 36,3%. A sobrevida em 2 anos foi de 97,3% e em 5 anos, de 89,4%. **Conclusão:** A casuística reflete o que já está descrito em literatura na maioria dos fatores analisados, exceto pelo tamanho dos tumores e por uma porcentagem mais alta de tumores *borderline* ou malignos encontrada. Acreditamos que esses fatos tenham ocorrido em virtude de o Hospital Erasto Gaertner ser um centro de referência em Oncologia na região, recebendo casos mais complexos.

ABSTRACT

Introduction: Phyllodes tumor is a rare breast neoplasm, accounting for 2% of fibroepithelial tumors of the breast, with 80% of cases represented by benign tumors. **Objective:** To investigate the cases treated of phyllodes tumors at Erasto Gaertner Hospital, its management and outcome. **Method:** Retrospective study of patients with phyllodes tumor treated in Erasto Gaertner Hospital, from 1973 to 2008, totaling 58 cases. **Results:** Of the 58 cases studied, the mean age of patients was 43.93 years and the average size of tumors of 9.4 cm. Twenty-four cases (41.3%) were malignant. The locoregional recurrence rate was 15.4%, and 12% in the same breast, 1.7% in ipsilateral axilla. The rate of distant recurrence was 8.6%. Lymph node involvement was present in 1.7% of cases evaluated. The treatment consisted of simple mastectomy with or without axillary dissection in 63.7% of patients and 36.3% for lumpectomy. The 2-year survival was 97.3% and at 5 years 89.4%. **Conclusion:** The sample reflects what is already described in literature in most of the factors analyzed, except for the size of tumors and a higher percentage of the malignant borderline tumors found. We believe that these facts have occurred because Erasto Gaertner Hospital is considered an Oncology referral hospital in the region, receiving more complex cases.

Trabalho realizado no Hospital Erasto Gaertner – Liga Paranaense de Combate ao Câncer – Curitiba (PR), Brasil.

¹Residentes de Oncologia Cirúrgica do Hospital Erasto Gaertner – Curitiba (PR), Brasil.

²Acadêmica de Medicina da Pontifícia Universidade Católica (PUC-PR) – Curitiba (PR), Brasil.

³Cirurgiões oncológicos do Serviço de Ginecologia e Mama do Hospital Erasto Gaertner – Curitiba (PR), Brasil.

Endereço para correspondência: Kelly Fernanda Pereira e Silva – Rua Governador Valadares, 201 – CEP 86061-150 – Londrina (PR), Brasil –

E-mail: kellyipsilva@yahoo.com.br

Conflito de interesse: nada a declarar.

Recebido em: 03/01/2013. **Aceito em:** 15/01/2013

Introdução

Os tumores filoides são tumores fibroeliteliais da mama, que representam 2–3% de todos os tumores fibroepiteliais da mama¹ e menos de 1% de todos os tumores de mama². Afetam mais comumente as mulheres de 35 a 55 anos de idade, e poucos casos têm sido relatado em homens³.

São classificados em benignos, *borderline* e malignos⁴. É uma neoplasia mamária geralmente benigna, porém apresenta alta tendência a recidiva local⁵. Alguns podem apresentar-se mais volumosos, endurecidos e com ulcerações sugerindo formas malignas. O diagnóstico geralmente é clínico, manifestando-se como tumores volumosos, tipicamente maiores do que 5 cm, indolores, consistência firme, superfície em relevo ou lobulada, bem definidos, móveis e sem comprometimento da pele ou de tecidos profundos. São associados com gânglios axilares inflamatórios em 17% e metastáticos em cerca de 1%. Disseminação sistêmica é rara e afeta principalmente os pulmões, ossos, fígado e cérebro⁶ (Figura 1).

Em geral, o tratamento cirúrgico isolado é o suficiente, sendo que o papel da quimioterapia e radioterapia adjuvante ainda não é claro. Nos tumores menores, a ressecção cirúrgica segmentar com margens, em geral de pelo menos 1 cm, é o necessário para controle local. Nos tumores muito volumosos pratica-se a mastectomia total ou a adenomastectomia, sem necessidade de esvaziamento axilar^{7,8}.

Em nosso trabalho, realizamos uma revisão retrospectiva dos casos de tumor filoides atendidos no Hospital Erasto Gaertner de 1973–2008, com análise de apresentação, manejo e desfecho.

Objetivos

A revisão objetivou verificar os casos de tumor filoides tratados no Hospital Erasto Gaertner, seu manejo e desfecho, além de revisão de literatura.

Material e métodos

Estudo retrospectivo baseado na revisão dos prontuários das pacientes portadoras de tumor filoides tratadas no Hospital Erasto Gaertner, no período de 1973–2008, perfazendo um total de 58 pacientes.

Foram excluídas pacientes cujos prontuários não continham todos os dados referentes a confirmação diagnóstica de tumor filoides e tratamento realizado.

Os prontuários foram revisados através de um protocolo, que foi preenchido com informações referentes aos quadros clínicos, exames complementares, exame anatomopatológico, tratamentos realizados, sobrevida e tempo de acompanhamento.

Os resultados encontrados foram comparados com dados epidemiológicos disponíveis na literatura mundial.

Resultados

Dentre os prontuários analisados, 58 possuíam todos os dados necessários para uma completa análise.

Dos 58 casos estudados, a idade mínima foi de 14, a máxima de 85 e a média de 43,9 anos.

Em 16 das 58 pacientes (27,5%) foi realizada punção aspirativa com agulha fina, e em 10 pacientes (13,7%), *core biopsy*. Em 2 pacientes (3,4%) ambas as técnicas foram utilizadas. Das punções por agulha fina, 5 (27%) diagnosticaram tumor filoides e das *core biopsy*, 4 (25%) chegaram a este diagnóstico.

O tamanho mínimo do tumor nos casos analisados foi de 1,5 cm, o máximo de 24 cm e o tamanho médio de 9,46 cm.

Vinte e quatro pacientes (41,3%) apresentavam tumores malignos de acordo com a análise anatomopatológica, 2 (3,7%) *borderline* e 32 (55%) benignos.

O tratamento nas pacientes analisadas consistiu em ressecção segmentar em 21 delas (36,3%), mastectomia simples em 27 (46,5%) e mastectomia associada a linfadenectomia axilar nível I em 10 (17,2%). Das pacientes operadas, 4 (6,8%) apresentaram margens comprometidas e 3 foram reoperadas (2 mastectomias e 1 ampliação de margens), uma paciente recusou a reoperação. Três pacientes apresentaram margens exíguas (<10mm), sendo duas observadas (tumores benignos) e uma submetida a radioterapia adjuvante (tumor *borderline*). Nenhuma das pacientes com margens exíguas apresentou recidiva.

Comprometimento linfonodal foi constatado em apenas 1 das 58 pacientes (1,7%).

A taxa de recidiva locorregional foi de 15,5% (9 pacientes), com 12% na mesma mama, 1,7% em axila homolateral, sendo que 55% das recidivas ocorreram em pacientes com tumores malignos. Um segundo tumor filoides primário em mama contralateral foi observado em 1,7% das pacientes. Recidiva a distância



Figura 1. Apresentação clínica de tumor filoides

foi observada em 20,8% (5/24), tendo sido 3 metástases pulmonares, 1 óssea, e 1 metástase óssea e pulmonar.

O seguimento variou de 12 a 132 meses (média de 72 meses), sendo que 20 pacientes (34,5%) perderam o acompanhamento.

A sobrevida em 2 anos foi de 97,3% e em 5 anos, de 89,4%. Foram a óbito 10,6% das pacientes (4/38), sendo que destas 3 pertenciam ao grupo de pacientes que apresentaram recidiva a distância.

Discussão

Os tumores filoides são tumores raros da mama, que ainda mais raramente afetam os homens. O pico de incidência ocorre entre 35 e 55 anos, que é de aproximadamente 10 anos mais tarde do que o pico para fibroadenomas⁹. Em nosso estudo, todas as pacientes eram do sexo feminino, a idade média ao diagnóstico foi 44 e 18,9% das mulheres foram diagnosticadas com menos de 30 anos de idade. Esses resultados são consistentes com os da literatura.

Apresenta-se normalmente como tumor palpável, consistência elástica, móvel, lobulado e indolor. Alguns podem apresentar-se mais volumosos, endurecidos e com ulcerações sugerindo formas malignas. O tamanho do tumor pode variar de poucos centímetros a lesões grandes que envolvem toda a mama, com média de 5 cm¹⁰. Em nosso estudo, os tamanhos variaram de 1,5 a 24 cm, com média de 9,46 cm.

O diagnóstico é clínico, normalmente não sendo necessário realização de mamografia⁶ (Figura 2).

A acurácia da punção aspirativa com agulha fina é de 23% e a da biópsia percutânea com agulha grossa (*core biopsy*) é de 65%¹¹, sendo melhor quanto menor for o tumor, o que dificulta o diagnóstico nos tumores gigantes. O diagnóstico definitivo é dado pelo anatomopatológico, que também diferencia as formas benignas das malignas. Em nosso estudo apresentamos uma taxa de diagnóstico pela punção com agulha fina de 27%, semelhante ao descrito; no entanto, em relação ao diagnóstico

pela *core*, apresentamos apenas 25% de taxa de positividade para filoides.

É uma neoplasia mamária geralmente benigna (80% dos casos)¹² do estroma intralobular. Podem ser classificados em benigno, *borderline* e maligno, de acordo com os critérios propostos por Azzopardi¹³ e Salvadori¹⁴. Os tumores malignos têm 25% de chance de recorrência¹⁵.

Em nosso trabalho, apresentamos uma taxa de tumores *borderline* e malignos maior que a descrita em literatura (45%), provavelmente pelo Hospital Erasto Gaertner ser um serviço de referência.

Cirurgia é o tratamento indicado. Este tipo de tumor não responde bem a radio, quimio, ou hormonioterapia. Se o tumor é relativamente pequeno e benigno, pode ser removido com tumorectomia, retirando-se de 1 a 2 cm de tecido mamário peritumoral macroscopicamente normal, para garantir margens cirúrgicas livres e diminuir a taxa de recorrência^{5,7}. Tumores benignos maiores podem necessitar de mastectomia ou adeno-mastectomia e reconstrução, a fim de se obter remoção do tumor com margens livres. Tumores malignos são removidos com uma excisão local extensa ou mastectomia para extrair todo o tecido comprometido com margens de segurança¹⁶. Em nosso serviço, 36,3% das pacientes foram submetidas a ressecção segmentar e 63,7% a mastectomia com ou sem linfadenectomia axilar no nível I. Essas altas taxas de mastectomia também refletem o fato de o hospital ser um centro de referência, recebendo em sua maioria casos de tumores maiores.

A linfadenectomia axilar é desnecessária, uma vez que, quando a forma histológica for maligna, a disseminação de metástases faz-se por via hematogênica¹⁷. Nesta condição, o prognóstico é sombrio, não havendo resposta com emprego da radio, quimio ou hormonioterapias. Em nossa análise, foi observado comprometimento linfonodal em apenas 1 das 58 pacientes analisadas.

A recidiva não tem relação com o local de recorrência, idade da paciente, tamanho do tumor ou margens microscopicamente comprometidas¹⁸. A taxa de recidiva locorregional em nosso serviço foi de 15,4%, sendo 12% na mesma mama, 1,7% em axila homolateral e 1,7% em mama contralateral.

A taxa de recidiva a distância foi de 8,6 %, sendo ósseo e pulmonar os sítios encontrados. A doença metastática tem sido relatada em literatura em 13 a 40% dos pacientes. Em ordem decrescente, envolve mais frequentemente pulmão (66%), ossos (28%) e fígado (15%)^{5,7,19}. Metástases a distância ocorrem após um período médio de 18 meses (variação 2–57)⁴. O maior intervalo entre um tumor filoides primário e o surgimento da metástase foi de sete anos²⁰. A maioria dos pacientes apresentam metástases dentro de três anos do tratamento inicial da mama. Em nossa casuística, o intervalo para surgimento das metástases variou de quatro meses a cinco anos.

O seguimento dos nossos pacientes variou de 12 a 132 meses (média de 72 meses), sendo que 20 pacientes (34,5%) perderam o acompanhamento, destas, 3 com histologia maligna e 17 benigna.

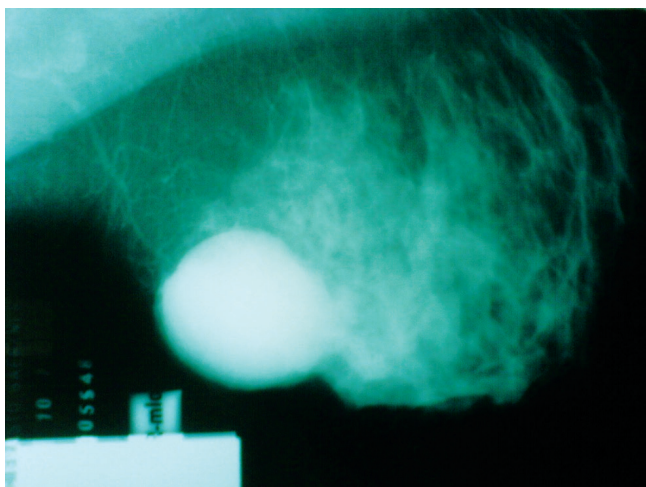


Figura 2. Mamografia de paciente com tumor filóide – massa hiperdensa de contornos definidos

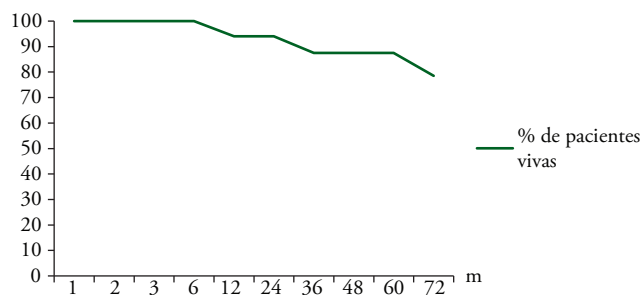


Figura 3. Curva de sobrevida em 5 anos das pacientes com tumores filoides malignos

A sobrevida considerando as histologias malignas foi de 94% em 2 anos e 87,5% em 5 anos (Figura 3). Foram a óbito 10,6% das pacientes (4/38), sendo que destas todas apresentavam histologia maligna e 3 pertenciam ao grupo que apresentou recidiva a distância. A maioria dos pacientes com tumores benignos e *borderline* são curados com cirurgia. A taxa de sobrevida global em 3 anos para tumores benignos e *borderline* é descrita como 100%^{7,21}, condizente com nossa análise. A taxa de sobrevida para os tumores malignos é relatada como cerca de 60 a 80% em 5 anos⁷, sendo que nosso estudo apresentou taxas de sobrevida discretamente maiores do que as relatadas.

Conclusões

Os tumores filoides são tumores fibroepiteliais raros da mama, que podem ser classificados como benignos, *borderline* ou malignos, e cujo tratamento é essencialmente cirúrgico. Nossa casuística reflete o que já está descrito em literatura na maioria dos fatores analisados, exceto por uma porcentagem mais alta de tumores *borderline* ou malignos encontrada e pelos tamanhos médios de tumores maiores. Acreditamos que esses fatos tenham ocorrido em virtude de o Hospital Erasto Gaertner ser um centro de referência em Oncologia na região, recebendo os casos mais complexos.

Referências

- 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.
- Rowell MD, Perry RR, Hsiu JG, Barranco SC. Phyllodes tumors. *Am J Surg*. 1993;165(3):376-9.
- Bapat K, Oropeza R, Sahoo S. Benign phyllodes tumor of the male breast. *Breast J*. 2002;8(2):115-6.
- Tavassoli FA, Devilee P, editors. World Health Organization Classification of Tumors. Pathology & Genetics of Tumors of the Breast and Female Genital Organs. Lyon: International Agency for research on Cancer Press 2003:99-103.
- Reinfuss M, Mituś J, Duda K, Stelmach A, Ryś 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.
- Perez JAP, Sanchez GC, Bohle JO, Poblete MTS, Hernandez MH. Tumor filoides de la mama. Caracterización clínica e histopatológica de 39 casos. *Rev Chilena de Cirugía*. 2007;59(3):185-90.
- Chaney AW, Pollack A, McNeese MD, Zagars GK, Pisters PW, Pollock RE, et al. Primary treatment of cystosarcoma phyllodes of the breast. *Cancer* 2000; 89(7):1502-11.
- August DA, Kearney T. Cystosarcoma phyllodes: mastectomy, lumpectomy, or lumpectomy plus irradiation. *Surg Oncol*. 2000;9(2):49-52.
- Bernstein L, Deapen D, Ross RK. The descriptive epidemiology of malignant cystosarcoma phyllodes tumors of the breast. *Cancer*. 1993; 71(10):3020-4.
- Barth, RJ Jr. Histologic features predict local recurrence after breast conserving therapy of phyllodes tumors. *Breast Cancer Res Treat*. 1999;57(3):291-5.
- Foxcroft LM, Evans EB, Porter AJ. Difficulties in the pre-operative diagnosis of phyllodes tumours of the breast: a study of 84 cases. *Breast*. 2007;16(1):27-37.
- 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.
- Azzopardi JG. Sarcoma of the breast. In: Bennington J, editor. Problems in breast pathology. Vol. II, Major problems in pathology. Philadelphia: WB Saunders, 1979. p. 355-9.
- Salvadori B, Cusumano F, Del Bo R, Delledonne V, Grassi M, Rovini D, et al. Surgical treatment of phyllodes tumours of the breast. *Cancer*. 1989; 63(12):2532-6.
- Moffat C, Pinder S, Dixon A, Elston C, Blamey R, Ellis I. Phyllodes tumors of the breast: a clinicopathological review of thirty-two cases. *Histopathology*. 1995;27(3):205-18.
- Haberer S, Lae M, Seegers V, Pierga JY, Salmon R, Kirova YM, et al. Management of malignant phyllodes tumors of the breast: the experience of the Institut Curie. *Cancer Radiother*. 2009;13(4):305-12.
- Chen WH, Cheng SP, Tzen CY, Yang TL, Jeng KS, Liu CL, et al. Surgical treatment of phyllodes tumors of the breast: retrospective review of 172 cases. *J Surg Oncol*. 2005;91(3):185-94.
- Mokbel K, Price RK, Mostafa A, Wells CA, Carpenter R. Phyllodes tumour of the breast: a retrospective analysis of 30 cases. *Breast*. 1999;8(5):278-81.
- 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 tumors of the breast. *Eur J Surg Oncol*. 2001;27(8):723-30.
- Ganti S, Svennevik E, Ali FS, Anikin V. Successful resection of giant solitary pulmonary metastasis from a phyllodes tumor. *Ann Thorac Surg*. 2007;84(5):1750-2.
- 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.