

Tumor filóide maligno: relato de casos e atualização

Malignant phyllodes tumor: relate of cases and updating

Cléber Sérgio da Silva
Afrânio Sebastião Borges
Délcio Scanduzzi
Eddie Fernando C. Murta

Resumo

O tumor filóide representa menos de 1% de todos os tumores de mama. Cerca de 30% apresentam comportamento maligno. É um tumor fibroepitelial semelhante ao fibroadenoma. São apresentados dois casos de tumor filóide maligno. O tratamento foi cirúrgico, já que são rádio e quimiorresistentes. Ambos os casos apresentaram recorrência e novamente foram operados. É feita uma atualização da literatura.

Abstract

Phyllodes tumour represents less than 1% of all breast tumours. About 30% will exhibit malignant behaviour. It's similar to a fibroadenoma. We report two cases of malignant phyllodes tumours. The treatment of choice was surgical once they are both resistant to radiotherapy and chemotherapy. The two cases showed recurrence and were operated again. An updating of the literature is done.

Unitermos

Cistossarcoma filóide
Tumor filóide
Atualização

Key words

Cystosarcoma phyllodes
Phyllodes tumor
Updating

Introdução

O tumor filóide da mama (TFM) representa menos de 1% de todos os tumores deste órgão. Foi originalmente descrito por Johannes Muller, em 1838, com a denominação de cistossarcoma *phyllodes*, entretanto esta nomenclatura é incorreta, pois a alteração não está sempre associada aos cistos, e na maioria dos casos não possui características clínicas de sarcoma^(15, 16). Pela conotação de malignidade que o termo cistossarcoma filóide significa, deve-se utilizar a denominação de tumor filóide, segundo a Organização Mundial de Saúde⁽⁵⁾. É um tumor fibroepitelial semelhante ao fibroadenoma e de característica recorrente. Acomete pacientes com idade em torno dos 45 anos. Pode apresentar crescimento rápido, provocando, às vezes, ulceração da pele sobrejacente⁽¹⁵⁾. Tem aspecto histológico variado e seu comportamento biológico é usual-

mente imprevisível. Relatos prévios descrevem que até 30% destes tumores podem exibir comportamento maligno^(3, 4). O grau de agressividade dessa lesão é determinado pela infiltração de suas bordas, pelo desaparecimento de seu componente epitelial, pelas atipias e pelo índice mitótico elevado das células conjuntivas^(7, 10-12). A variante maligna do tumor filóide pode sofrer disseminação por via sangüínea, com as metástases tendendo a se localizar nos pulmões^(7, 12, 15). Quanto ao tratamento, ainda persistem as dúvidas quanto à extensão da cirurgia, que é o principal tratamento, já que estes tumores não apresentam boa resposta à radioterapia e à quimioterapia, pois são rádio e quimiorresistentes^(3, 4, 24). Devido à complexidade da abordagem deste tipo de tumor de mama, o objetivo deste trabalho é apresentar dois casos, demonstrando as dificuldades diagnósticas e terapêuticas com acompanhamento longo em nosso serviço e fazer uma atualização da literatura.

Aceito para publicação em agosto de 2002.

Disciplina de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG.

Relato dos casos

Caso 1

Mulher de 33 anos de idade com história de aumento e endurecimento de mama esquerda há seis meses. Ao exame a mama esquerda apresentava-se com aumento de volume, recoberta por pele brilhante e aumento da circulação venosa. À palpação, um tumor de ± 20 cm tomando toda a mama, com mobilidade de pele, sem fixação em planos profundos e com edema discreto areolar e aumento de temperatura. Foi aventada a hipótese de tumor filóide. A punção biópsia aspirativa com agulha fina (PBAAF) foi compatível com a hipótese clínica. Realizou-se mastectomia subcutânea com bom resultado estético. Uma massa de aspecto bocelado (**Figura**), aparentemente encapsulada, pesando 525g foi enviada para exame. Ao exame histológico a neoplasia era constituída por componente epitelial benigno e mesenquimal maligno com aspecto foliáceo, caracterizando um tumor filóide maligno. O controle radiológico mamográfico foi normal. A paciente permaneceu em acompanhamento ambulatorial. Após aproximadamente dois anos, houve recidiva em mama esquerda, identificando-se nódulo ao exame clínico e tendo-se confirmação diagnóstica anatomopatológica após PBAAF. Realizada mastectomia simples, a paciente permanece bem após três anos da última intervenção, em acompanhamento ambulatorial.

Caso 2

Mulher de 38 anos de idade com história de nódulo em mama direita de crescimento rápido, percebido há aproximadamente um mês. Referia passado de vários nódulos há seis anos, tendo sido feita, neste período, exérese de nódulos em ambas as mamas. Ao exame clínico evidenciou-se nodulação de aproximadamente 5cm (maior diâmetro), elástico, móvel e bem definida em quadrante súpero-medial da mama direita. Foi sugerida a hipótese diagnóstica de tumor filóide recidivante. Foi realizada punção biópsia aspirativa com agulha fina e o estudo anatomopatológico mostrou células ductais sem alterações e ausência de células atípicas. A ultra-sonografia mostrou nódulos sólidos nesta mama sugestivos de fibroadenoma. Foi solicitada revisão da leitura das lâminas e o novo laudo foi compatível com tumor filóide de malignidade *borderline* e mastopatia fibrocística sem atipias. Foi realizada mastectomia subcutânea à direita, cujo anatomopatológico confirmou achados citológicos e evidenciou comprometimento de margens. Houve mais duas recidivas com intervalo de aproximadamente 2,5 e 4 anos, tratadas, respectivamente, com biópsia excisional e mastectomia subcutânea. A paciente permanece com intervalo livre de doença há aproximadamente três anos, em acompanhamento ambulatorial.

Discussão

Pela sua raridade, o tumor filóide maligno não tem protocolos para o seu acompanhamento, portanto ainda

persistem dúvidas diagnósticas e de tratamento⁽¹⁾, tornando-se uma doença mal diagnosticada por patologistas e incompletamente tratada por cirurgiões⁽⁵⁾.

O diagnóstico de TFM requer inicialmente uma suspeita clínica, o que ocorreu em ambos os casos relatados. Geralmente, a apresentação é de uma massa indolor volumosa com suspeita inicial de um fibroadenoma. A idade de manifestação é entre a quinta e a sétima década de vida, fato que chama atenção nos casos relatados, que ocorreram em mulheres jovens. Os tumores filóides ocorrem igualmente em ambas as mamas e são mais frequentes no quadrante súpero-externo⁽²⁵⁾.

As características clínicas, a idade, o tamanho do tumor, a palpação e as investigações diagnósticas (mamografia, ultra-sonografia e PBAAF) não são suficientemente acurados para firmar um diagnóstico definitivo pré-operatório ou produzir o tipo histológico (benigno, *borderline* ou maligno)⁽²⁵⁾. Pacientes com tumores malignos são mais velhas e têm tumores maiores. Em geral a neoplasia é descoberta pela paciente, demorando em média 23,8 meses, devido fundamentalmente à falta de dor. A principal razão para se procurar atendimento médico é o crescimento rápido da lesão⁽²¹⁾. O diagnóstico clínico exato se baseia nos casos de tumores volumosos (> 5cm de diâmetro) ou que mostraram crescimento rápido e indolor⁽²¹⁾. Estas características estavam presentes nos casos relatados.

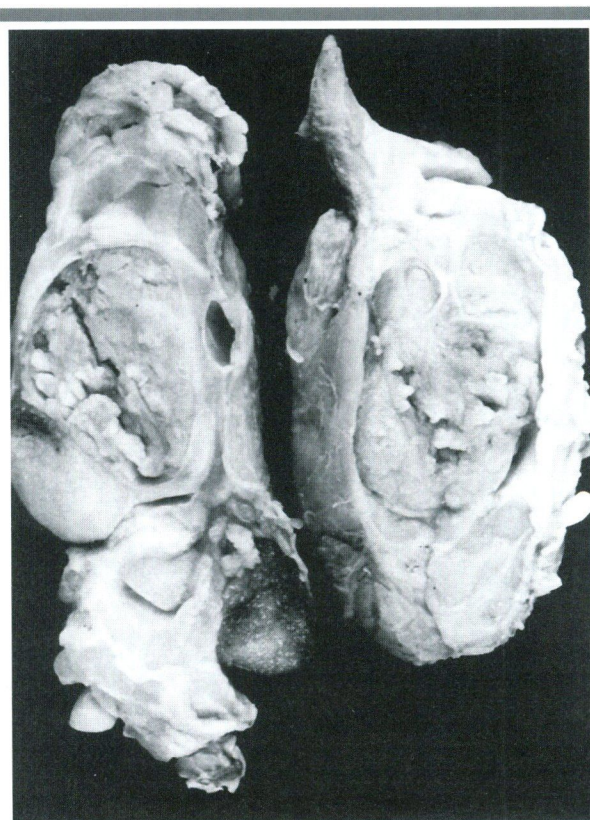


Figura: Massa de aspecto bocelado aparentemente encapsulada

Mamograficamente a imagem do tumor filóide é inespecífica, geralmente revelando área hiperdensa grande, arredondada ou lobulada que desloca o tecido mamário normal e que apresenta um fibroadenoma ou um carcinoma bem circunscrito, como o medular ou o gelatinoso. Quando o tumor é grande, pode-se observar aumento na densidade de todo o tecido mamário. Este exame sugere o diagnóstico em cerca de 30% dos casos^(4, 15, 20).

A ecografia pode contribuir para o diagnóstico se for constatada uma mama volumosa, sólida, lobulada, ovóide ou arredondada, com imagem cística em seu interior⁽⁸⁾. Em um dos casos relatados a ultrasonografia não levantou suspeita de tumor filóide, e sim de fibroadenoma. No outro caso não foi realizado este exame.

Alguns dados podem contribuir para a suspeita diagnóstica. Paciente entre 40 e 50 anos, com uma massa > 5cm, indolor, de consistência firme, arredondada ou lobulada, de limites precisos e móvel, cuja mamografia exiba uma imagem hiperdensa bem delimitada, sugere o diagnóstico de carcinoma bem circunscrito ou de fibroadenoma, não obstante também se deva pensar na possibilidade de tratar-se de tumor filóide maligno. Para elucidar o diagnóstico seria útil a punção aspirativa, porém o diagnóstico definitivo somente pode ser feito por biópsia de tumor⁽²¹⁾.

Há concordância em que o tratamento seja cirúrgico, porém controvérsias quanto à extensão da cirurgia a ser realizada. A mastectomia simples é o tratamento de escolha, com dissecação da cadeia ganglionar somente quando esta estiver clinicamen-

te envolvida pelo tumor⁽²⁶⁾. A tendência moderna é a excisão local para todas as lesões que possam mecanicamente ser tratadas desta forma^(14, 22). Qualquer recorrência pode ser mais tarde reexcisada ou tratada por mastectomia, mesmo que o atraso afete o resultado final⁽⁵⁾. As lesões ≥ 3 cm *borderline* ou malignas são uma exceção. A mastectomia pode efetuar a cura, ao passo que esperar por possível recorrência local pode resultar em metástase e morte⁽⁵⁾. Apesar de ter havido recidiva nos casos descritos, inclusive em um dos casos por mais de uma vez, não se evidenciou a presença de metástases, que ocorrem em 3% a 13% dos casos e geralmente são pulmonares⁽²⁾. A porcentagem de recidiva local posterior ao tratamento cirúrgico é significativa, com cifras ao redor de 25%⁽²⁶⁾, o que implica que, com o fim de minimizar a ocorrência desta complicação, o tumor filóide deva ser ressecado com margem de segurança que inclua tecido macroscopicamente sano⁽²⁵⁾.

A disseminação do tumor filóide maligno é usualmente hematogênica e composta exclusivamente de sarcomatosos. Os sítios comuns de metástases são pulmões, pleura e ossos⁽²¹⁾. Metástases têm sido, no entanto, encontradas no intestino, no útero, no cérebro, nas adrenais e na cavidade ova^(6, 9, 23). A disseminação linfática de um tumor filóide maligno é muito rara^(10, 13). O tumor filóide é resistente à quimio e à radioterapia⁽¹⁷⁻¹⁹⁾.

Concluimos, pela apresentação deste caso, a dificuldade em se apresentar terapêutica definitiva. A conduta cirúrgica radical ou não irá depender dos achados clínico e anatomopatológico, sempre respeitando-se a opinião da paciente.

Referências bibliográficas

- ALVARENGA M. A mama. In: Bogliolo. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A.; 1987; 479-80.
- ARAÚJO NETO JT *et al.* Tumor filóides (cistossarcoma filóide). Rev. Bras. Mastol 1999; 9: 28-33.
- BARTOLI C *et al.* Small sized phyllodes tumor of the breast. Eur J Surg Oncol 1990; 16: 215-9.
- BRIGGS R, WALTERS M, ROSENTHAL D. Cystosarcoma phyllodes in adolescent female patients. Am J Surg 1983; 146: 712-4.
- BUCHANAN, EB. Cystosarcoma phyllodes and its surgical management. Am Surg 1995; 61(4): 350-5.
- CHUA CL, THOMAS A, NG BK. Cystosarcoma phyllodes: a review of surgical options. Surgery 1989; 105: 141-7.
- COHN-CEDARMARK G *et al.* Prognostic factors in cystosarcoma phyllodes. Cancer 1991; 68: 2017-22.
- COLE-BEUGLET C *et al.* Ultrasound, X-ray mammography and histopathology of cystosarcoma phyllodes. Radiology 1983; 146: 481-6.
- DE ARETXABALA X *et al.* Cistossarcoma phyllodes de la mama. Estudio clínico y morfológico de 17 casos. Ver Méd Chile 1987; 115: 952-5.
- HART W, BAUER R, OBERMAN M. Cystosarcoma: a clinicopathological analysis of twenty-six hypercellular periductal stromal tumors of the breast. Am J Clin Pathol 1978; 70: 211-6.
- HAWKINS RE *et al.* The clinical and histologic criteria that predict metastases from cystosarcoma phyllodes. Cancer 1992; 69: 141-7.
- INOSHITA S. Phyllodes tumor of the breast. A clinicopathologic study of 45 cases. Acta Pathol Jpn 1988; 38: 21-33.
- KERLEY SW, PIERCE P, THOMAS J. Giant cystosarcoma phyllodes of the prostate associated with adenocarcinoma. Arch Pathol Lab Med 1992; 16: 195-7.
- LINDQUIST KD *et al.* Recurrent and metastatic cystosarcoma phyllodes. Am J Surg 1982; 144: 341-3.
- MOORE MP, KINNE DW. Breast sarcoma. Surg Clin North Am 1996; 76(2): 383-92.
- MÜLLER J. Über den feinen Bau und die Formen der krankhaften Geschwülste. Berlin: G Reimer. 1838.
- MUTHUPHEI MN. Malignant phyllodes tumor: report of two cases. East Afr Med J 1995; 72(12): 818-20.
- NGALA KENDA JF. Fatal metastatic cystosarcoma phyllodes in a young woman. Arch Surg 1983; 871-2.
- OBAFUNWA J, NWANA EJC. Malignant cystosarcoma phyllodes: report of two cases. Cent Afr J Med. 1989; 35: 510-3.

20. PAGE J, WILLIAMS J. The radiological features of phyllodes tumor of the breast with clinico-pathological correlation. Clin Radiol 1991; 44: 8-12.
21. PÉREZ JA, POBLETE MT, SANTOLATA R. Tumor filodes mamário. Una revisión clinicopatológica de 14 casos. Rev Med Chile 1995; 123: 1379-86.
22. ROWELL MD *et al*. Phyllodes tumor. Am J Surg 1993; 165: 376-9.
23. SALVADORI B *et al*. Surgical treatment of phyllodes tumors of the breast. Cancer 1989; 63: 2532-6.
24. SALVADORI B *et al*. Surgery for malignant mesenchymal tumors of the breast: a series of 31 cases. Tumori 1982; 68: 325-9.
25. STANLEY L, ROBINS. *In*: Patologia estrutural e funcional. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A.. 1991, p. 983.
26. WARD R, EVANS L. Cystosarcoma phyllodes. A clinicopathologic study of 26 cases. Cancer 1986; 58: 2282-9.

Endereço para correspondência

Eddie Fernando C. Murta
Disciplina de Ginecologia e Obstetrícia
Rua Getúlio Guaritá s/n - Abadia
CEP 38025-440 - Uberaba-MG
e-mail: eddiemurta@mednet.com.br