

S A R C O M A S

D E L A

G L A N D U L A M A M A R I A

DRS.: HELENA SANDOVAL L.

ELVIRA CASTRO DE PABON

FRANCISCO MARTIN B.

Positiv

1976

SARCOMAS DE LA GLANDULA MAMARIA

Los Sarcomas de Glándula Mamaria, son generalmente similares a los situados en partes blandas de otras localizaciones y de origen mesenquimatoso; sin embargo la incidencia, el curso clínico y el cuadro histológico son difíciles de evaluar, por el bajo número de casos que se presentan en esa localización, así como la variabilidad del tipo de tumores: de origen linforeticular, Cistosarcomas Filodes benignos y malignos y sarcomas con cambios de metaplasia osteoide. Por lo anteriormente expuesto estos tumores presentan dificultad en el diagnóstico y la terapéutica.

En la literatura Mundial los Sarcomas Mamarios constituyen menos del 1% de todos los tumores malignos de Glándula Mamaria. (1)

Algunos de los Sarcomas reportados podrían representar Cistosarcomas estudiados incompletamente (2), pero debe recordarse que estos tumores tienen un componente epitelial aunque muestran el tejido conectivo de los demás Sarcomas. (3)

Es de anotar que la mayoría de las series reportadas ponen de relieve la heterogeneidad de estos tumores; a pesar de esto Berg y Colaboradores en su estudio encontraron sorprendente similitud entre la histología y la clínica de los Sarcomas. Como resultado de esas investigaciones ellos formularon la "Hipótesis Unica" y agruparon bajo esa denominación los "Sarcomas Estromales" (3)

El presente estudio fue elaborado para determinar el número de Sarcomas de Glándula Mamaria, incluyendo el Cistosarcoma Filodes benigno, que fueron vistos en el Departamento de Patología del Instituto Nacional de Cancerología, en

un periodo de 10 años, analizando diversos parámetros tales como edad, paridad, tamaño del tumor, diagnóstico clínico, anatomo-patológico y pronóstico.

MATERIAL Y METODOS

En el Departamento de Patología del Instituto Nacional de Cancerología se encontraron 155 tumores de origen en tejido conectivo de glándula mamaria, en un periodo comprendido entre 1965 y 1975 inclusive.

Se revisaron las historias clínicas, se examinaron las placas histológicas y se tomaron varios parámetros de las historias clínicas.

Es de anotar que sólo se incluyeron en el presente estudio los tumores primarios de glándula mamaria, se excluyeron los tumores metastásicos.

Todos los tejidos obtenidos para estudio anatomo-patológico fueron coloreados con Hematoxilina-Eosina. En algunos casos fuera de esta coloración se examinó el Tricromo de Masson, el retículo y la elástica.

HALLAZGOS

La diferencia en las características macroscópicas e histológicas hacen necesario describir los tumores estudiados bajo diversas denominaciones, las cuales se enumeran en la Tabla N° 1:

TIPO HISTOLOGICO	N° CASOS	%
Cistosarcoma Filodes		
Benigno	110	71.4
Maligno	25	16.2

TIPO HISTOLOGICO	N° CASOS	%
Linfomas	9	5.8
Hemangiosarcomas	3	1.8
Sarcoma Estromal	3	1.8
Tumor Mesenquimal Maligno.	2	1.2
Liposarcoma	1	0.6
Dermatofibrosarcoma		
Protuberans	1	0.6
Leucemia Mieloide Aguda	1	0.6
TOTAL	155	100%

CISTOSARCOMA FILODES

SINONIMOS: Fibroadenoma filodes, fibroadenoma gigante.

En 1838n Muller fue el primero en usar el término de "Cistosarcoma Filodes", que él describe como un tumor voluminoso de glándula mamaria y que consideró como benigno. (4)

Ahora se sabe que hay Cistosarcomas malignos; aunque se continua con la denominación de Muller que es algo errónea.

El término Cistosarcoma Filodes de por sí no implica en forma definitiva malignidad; por esta razón ahora al hacer un diagnóstico se le debe poner el calificativo de histológicamente benigno o histológicamente maligno.

Este tumor es relativamente infrecuente, en 1931 Lee y Pack encontraron 105 casos. (5)

COMPORTAMIENTO BIOLÓGICO:

La edad en que se detecta el tumor varía, la paciente más joven que se encontró en nuestro medio tenía 12 años y la de mayor edad 73 años.

La edad promedio de presentación de los tumores benignos fue de 42.5 años y de los tumores malignos 44 años. Estas edades son más o menos similares a las reportadas en otras series, que varían entre los 16 y los 60 años. (6)

En la mayoría de los casos los Cistosarcomas benignos crecen lentamente, los malignos tienen una fase de crecimiento acelerado. La rata de crecimiento, según se ha observado no es un indicador pronóstico. Las pacientes consultan generalmente por masas de crecimiento lento que a veces llegan a ser dolorosas cuando alcanzan gran tamaño, cuya evolución es de varios años, generalmente llegan porque la masa se ulcera, o da metástasis como en el caso de los tumores malignos, en ocasiones llega a tamaños insoportables para las pacientes; estas observaciones son válidas especialmente para pacientes de bajo nivel socio-cultural y económico.

ANATOMIA PATOLÓGICA:

Macroscópicamente la mayoría de los Cistosarcomas son bien circunscritos o parcialmente encapsulados. El tumor puede infiltrar difusamente el estroma en algún punto. Comúnmente se extienden en múltiples digitaciones que varían en forma y tamaño. La dificultad en la extirpación de las digitaciones que pueden extenderse a cierta distancia de la masa principal explica algunas recurrencias cuando se hace extirpación local. No es muy frecuente observar fijación a la piel y la ulceración se presenta en los casos muy avanzados. El tamaño varía desde pequeñas masas de 1 cm. a tumores que comprometen todo

FIGURA Nº 1.- El Cistosarcoma Filodes Benigno es una masa de color blanco-grisáceo, de aspecto fibroso, aparentemente delimitadas y de gran tamaño.

FIGURA Nº 2.- Los Cistosarcomas Filodes Malignos son tumores grande, de color amarillo-rosado, con focos de necrosis, edema y hemorragia. Infiltran difusamente la glándula mamaria.

el seno. En algunas series estudiadas el tamaño varió entre 1 a 15 cms, siendo muy raros los tumores de más de 15 cms. y generalmente benignos. (6).

Las variaciones en color y consistencia van en relación con el tamaño y la agresividad del tumor. Las masas pequeñas, benignas o malignas son usualmente de color blanco-grisáceo, firmes y de aspecto fibroso. Los tumores grandes con frecuencia son menos homogéneos en color, consistencia y contienen hemorragia, edema o necrosis central. Las cavidades quísticas varían de tamaño y están ocupadas por un material líquido o semisólido claro. En ocasiones los canalículos pueden verse como hendiduras de contorno variable, a veces el estroma intracanalicular crece y asume una apariencia pedunculada. FIGURAS N° 1 y 2.

Microscópicamente los Cistosarcomas tienen la misma configuración histológica de los fibroadenomas, pero contienen un estroma más celular e hiperplásico. El tejido conectivo estromal proliferante comprime el epitelio canalicular y protruye dentro de la luz en prolongaciones polipoides. El epitelio de la luz de los conductos es cuboidal, puede ser secretor o tener metaplasia escamosa focal. La clasificación de un Cistosarcoma en benigno o maligno se basa sólomente en los cambios observados en la porción estromal del tumor.

Las variaciones en la histología estromal del Cistosarcoma maligno son similares a los del Sarcoma Estromal descrito por Berg (3). Estos tumores contienen mezclas de tejidos fibroso, graso y mixoide con grados variables de malignidad, tratando de simular los constituyentes normales del estroma mamario. En algunos tumores el patrón histológico predominante es el del fibrosarcoma, otros tumores pueden simular un mixoliposarcoma a veces un

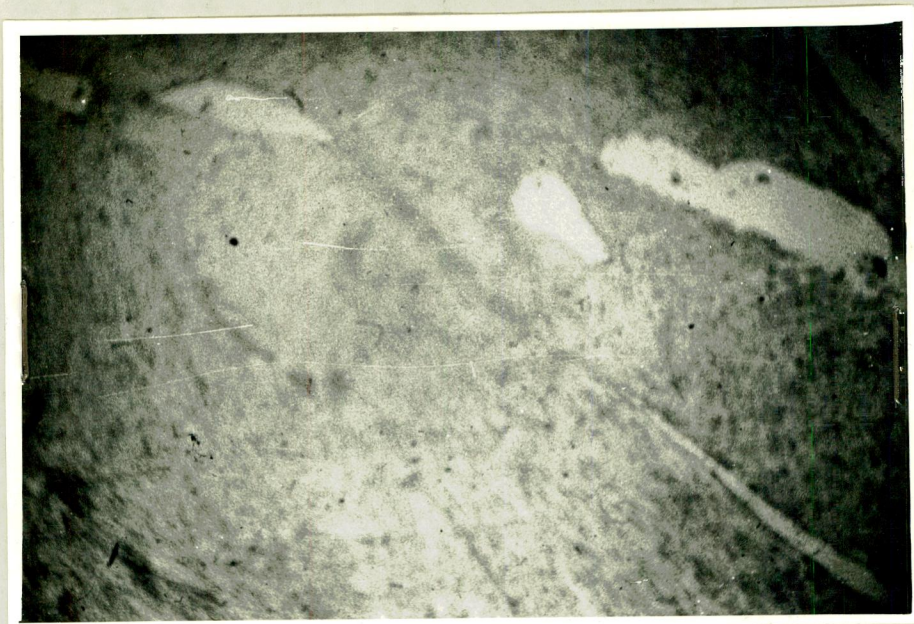


FIGURA Nº 3.- El tumor está compuesto por múltiples nódulos, que contienen células fusiformes, un estroma mixomatoso, que comprime la luz de los canaliculos y protruye dentro de ella. (CSFB)



FIGURA Nº 4.- El Cistosarcoma Filodes Maligno está compuesto por láminas de células estromales atípicas con mínimo estroma fibroso, hay mitosis atípicas e invasion del tejido normal. Hay epitelio canalicular dentro del tumor.

linfoma histiocítico o un carcinoma anaplásico. Rara vez se encuentran focos de cartilago o hueso tumoral dentro de la lesión. (7) Lester y Stout reportaron la presencia de músculo.

Tales variaciones en los componentes histológicos en estroma tumoral no tienen significado pronóstico especial.

La similitud entre el aspecto histológico del Cistosarcoma maligno y el Sarcoma estromal puede ocasionar confusión. El único método histológico para hacer la distinción es el hallazgo de epitelio canalicular dentro del tumor, con lo cual se confirma el diagnóstico de Cistosarcoma filodes maligno.

Los Cistosarcomas filodes benignos contienen la misma fibrosis, el tejido adiposo y mixoide en el estroma como los tumores malignos, pero el grado de pleomorfismo celular de cada componente es menor. Pueden observarse calcificaciones focales en los tumores benignos y malignos que no tienen significado pronóstico. FIGURAS 3 y 4.

PRESENTACION DE CASOS

✓ Se encontraron en nuestro estudio un total de 135 casos de los cuales 110 corresponden a Cistosarcomas filodes benignos y 25 casos malignos. La edad de las pacientes varió entre los 12 y 73 años para los casos benignos y entre los 20 y 73 años para los malignos, siendo la mayor incidencia entre los 40 a 59 años, para ambos casos, se notó un aumento significativo en las pacientes entre los 10 a 19 años, para los casos benignos. (TABLA N° 2), los datos anteriores son similares a los descritos en series de otros países y a los descri-

tos en series de otros países y a los descritos anteriormente en el Instituto Nacional de Cancerología por Rodríguez Cortés (9), en 1966.

En cuanto a la paridad el 58.1% de los casos estaban entre las pacientes nulíparas o habían tenido un embarazo. El 23.9% habían tenido entre 2 a 4 embarazos.

TABLA N° 3.

- ✓ La mayoría de las pacientes consultaron entre 1 y 12 primeros meses de evolución de la masa. TABLA N° 4.

Clínicamente el diagnóstico de Cistosarcoma filodes fue hecho en el 45.4% de los casos. TABLA N° 5

En cuanto a la localización el 53.0% de los casos ocupaban el seno derecho, en el cuadrante superior externo el 18%; esta localización es similar a la encontrada en los Carcinomas de Glándula Mamaria. TABLA N° 6.

- / El tratamiento empleado en nuestro medio para los Cistosarcomas benignos fue la tumorectomía, seguida por la Mastectomía Simple; según los datos del tratamiento obtenidos en el trabajo realizado en 1966 por Rodríguez Cortés (9), se unificó el criterio de tratamiento. En los casos de Cistosarcoma Maligno el tratamiento de elección fue la Mastectomía Simple, sola o combinada con Radioterapia posterior. TABLA N° 7 y 8.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO:

En el caso de los Cistosarcomas Benignos el tratamiento de elección es la extirpación local amplia, cuando el tumor alcanza un tamaño muy grande es necesario practicar la Mastectomía Simple. La recurrencia puede ser una complicación frecuente si la extirpación no ha sido amplia, en muy pocas ocasiones se han reportado malignizaciones. (6)

En los casos malignos el tratamiento empleado es la Mastectomía Simple, con o sin Radioterapia, generalmente no es de muy mal pronóstico, incluso hay series que dan un 50 de curación a 10 años. (6), nuestros casos fueron de mal pronóstico. La sobrevida de los pacientes está en relación directa con el tamaño del tumor, la edad de la paciente, la agresividad histológica y el estado general, no tiene relación con la evolución ni la paridad de las pacientes.

En los Cistosarcomas malignos las metástasis son principalmente pulmonares, óseas y a otras visceras de la economía, pero no se encuentran ganglios linfáticos regionales comprometidos, sólo en una serie se han reportado metástasis a ganglios axilares. (7).

DISCUSION

En nuestra serie de 110 casos benignos, corresponde al 71.4% de todos los sarcomas, y de los 25 casos de Cistosarcomas malignos que son el 16.2% de todos los casos estudiados, siendo los casos malignos el 22.7% de todos los Cistosarcomas. Estas cifras son similares a las de los estudios anteriores. (9, 10) Como se dijo antes el criterio de tratamiento en esta Institución fue unificado, llegándose a obtener sólo cuatro casos de recurrencia entre los 110 casos benignos, no se observó transformación maligna en ninguno de los casos.

En cuanto a los casos malignos el pronóstico fue malo, independientemente del tratamiento empleado. Una de las mayores fallas constituye la pérdida de las pacientes, pues la mayoría son de provincia y es muy difícil su loca-

lización. De los 25 casos sólo sobreviven 5 pacientes, que han vivido entre 1 y 3 años después de hecho el diagnóstico.

ANGIOSARCOMAS

SINONIMOS:

Sarcoma Angioblástico, Angiosarcoma Capilar, Angioendotelioma Capilar, Hemangioendotelioma, Hemangioendoteliosarcoma, Hemangiopericitoma, Hemangiosarcoma, Angiosarcoma Peritelial.

El informe más antiguo de los Angiosarcomas de Glándula Mamaria fue el de Schmidt en 1887, quien describió pacientes con tumores malignos que recurrían rápidamente y daban metástasis a órganos internos sin tomar la axila, (11) Borrman en 1907 describió un caso de "Hemangioma Metastatizante", él describió un cuadro histológico benigno que recurría muchas veces, la paciente murió con múltiples metástasis dos y medio años después. (12).

Posteriormente han sido reportados 41 casos más.

CARACTERISTICAS CLINICAS:

Los Angiosarcomas primarios de la mama son tumores raros. Ocurren con más frecuencia en mujeres jóvenes entre la segunda y tercera décadas. La masa es generalmente mal definida, localizada profundamente, cuando es superficial da a la piel una coloración azul o púrpura. La glándula mamaria derecha es la más afectada, se han reportado 21 casos en la glándula mamaria derecha y 17 en la izquierda. (13) El significado de esta distribución es desconocido, pero lo observado representa una variación de la frecuencia del carcinoma en el seno izquierdo.

La fijación a la piel es infrecuente y los ganglios axilares positivos no son parte del cuadro clínico. Las equimosis pueden indicar hemorragia dentro del tumor y pueden asociarse a molestias locales.

Batchelor describe por primera vez la presencia de tumores primarios bilaterales asociados con embarazo en mujeres africanas jóvenes. (14)

La diseminación del tumor ocurre por vía sanguínea y la metástasis son amplias, muestran predilección por los pulmones, piel, tejido celular subcutáneo y hueso.

HISTOGENESIS:

El origen del Angiosarcoma es oscuro, pero de acuerdo con Stewart aun no se ha probado, pero se sospecha que la lesión pueda crecer en un angioma perilobular, que aparece a veces como hallazgo accidental cuando se practica una cirugía por otras causas. (6)

PRESENTACION DE CASOS:

Nuestros casos corresponden a tres mujeres, la primera de 45 años, G. 12 P. 11 A. 1 con una masa de 1 año de evolución, en la consulta se encontró un tumor que ocupaba todo el seno derecho y media 15 x 15 cms de diametro, se hizo un diagnóstico clínico de Cistosarcoma Filodes. Se le practicó una Mastectomía Simple, pero la paciente falleció 9 meses después con metástasis generalizadas.

El segundo caso corresponde a una mujer 23 años, G. 3 P. 3, con una masa de ocho meses de evolución, concomitante con el último embarazo. Al examen de ingreso presentaba un tumor de 10 x 8.5 cm que ocupaba todo el seno izquierdo, el diagnóstico clínico fue de Cistosarcoma Filodes, se le practicó

Mastectomía Simple y el diagnóstico histológico reveló un Angiosarcoma. La paciente presentó recurrencia y falleció 10 meses después de la intervención. No se practicó examen post-mortem. FIGURA N° 5.

El último es el caso de una mujer de 28 años G.0 P.0 con una masa ulcerada que sangraba fácilmente de seis meses de evolución que media 8 cms de diametro y que ocupaba casi todo el seno derecho. Se le practicó Mastectomía Simple, cuatro meses más tarde consultó por una masa en el seno izquierdo de 4 x 5 cms. Se hizo una biopsia por punción que reveló contenido hemático, se programó para extirpación, pero la paciente se perdió.

ANATOMIA PATOLOGICA:

Macroscópicamente el tumor corresponde a una masa mal definida, esponjosa, irregular, hemorrágica y no encapsulada.

FIGURA N° 6.

El patrón histológico es variable, existe gran celularidad en algunas áreas y en otras tiene aspecto benigno. El cuadro esencial es la intercomunicación de canales irregulares y espacios vasculares con células endoteliales aprisionadas dentro de una gruesa malla de retículo. La infiltración de la glándula mamaria por elementos tumorales se extiende al tejido adyacente lo cual puede explicar la dificultad para la resección completa y a su vez la recurrencia local.

La apariencia inocente de estos tumores malignos se ha enfatizado. Para distinguir entre el Angioma Perilobular y la contraparte maligna son de utilidad las siguientes características:

a. Los capilares del tumor maligno están tapizados por células grandes, hi-

FIGURA N° 6.- Macroscópicamente el Angiosarcoma corresponde a una masa mal definida, esponjosa, irregular, hemorrágica y no encapsulada.

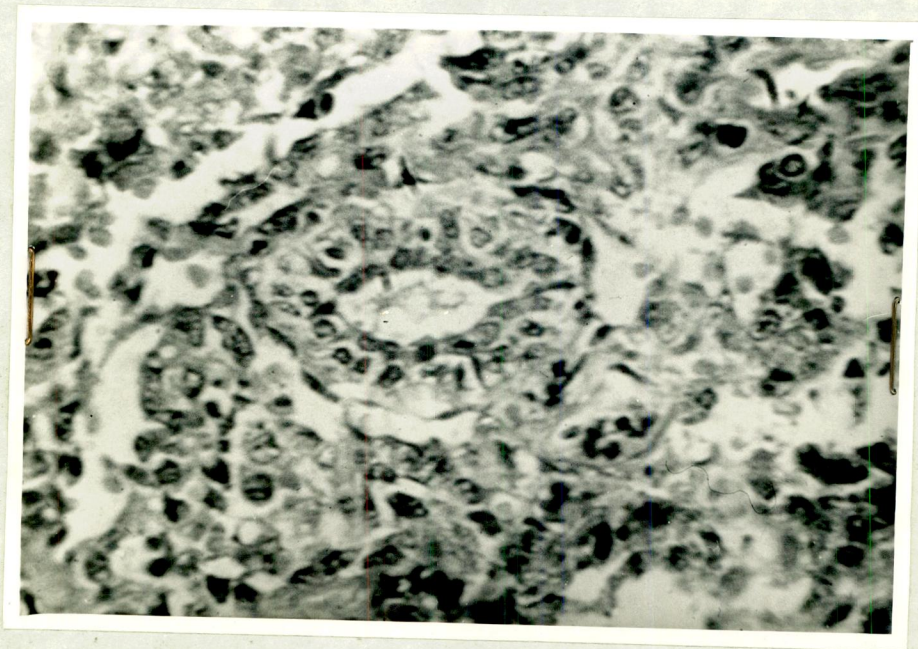


FIGURA N° 7.- Microscópicamente se observa la infiltración de la glándula mamaria por elementos tumorales.

percromáticas y en número tal que parecen el endotelio de un vaso normal.

- b. Hay algunas ramificaciones vasculares que pueden estar fusionadas o con pobre separación.
- c. Hay regiones donde los capilares se reducen a células que se vuelven fusiformes y carecen de luz.
- d. En la grasa adyacente o dentro del tumor se pueden encontrar algunas paredes vasculares que probablemente no hacen parte del tumor pero son similares a las que se encuentran en los aneurismas arterio-venosos. (6)

PRONOSTICO:

Este tumor tiene el pronóstico más pobre entre todos los tumores malignos de la glándula mamaria. En los casos reportados la muerte ha ocurrido de 2 a 4 meses después de hecho el diagnóstico. Estas lesiones dan metástasis diseminadas y la muerte puede ocurrir por sangrado de un nódulo metastásico. Steingaszner reportó dos casos de supervivencia prolongada. (15)

DISCUSION

Se encontraron tres casos que representan el 1.8% de todos los tumores estudiados.

Corresponden a pacientes jóvenes con lesiones de 1 a 12 meses de evolución, dos de ellas en glándula mamaria derecha, lo cual corrobora los hallazgos reportados anteriormente (13)

La paridad de las pacientes no tiene relación ninguna con la aparición de la masa, y una de ellas presentó el tumor en el transcurso de un embarazo, anterior-

mente se describió relación del tumor con el embarazo. (14).

El tratamiento empleado fue la Mastectomía Simple, a pesar de este, las pacientes fallecieron. Se observa que el tratamiento no tiene relación con la supervivencia, y se ve que esta es muy pobre. Estos datos son similares a los de otras series. (6)

SARCOMA ESTROMAL

El Sarcoma Estromal de la Glándula Mamaria es considerada como una de las entidades diferentes del Cistosarcoma Filodes porque no tiende a ser circunscrito y carece del componente epitelial característico.

Cuando Lester y Stout presentaron su experiencia con los Sarcomas Estromales, incluyeron en el grupo ciertas lesiones que otros han reservado como categorías especiales de Angio y Liposarcomas. (8)

Berg y asociados reportaron un grupo de cinco Sarcomas Estromales con tejido graso constitutivo; pero se excluyeron los Linfosarcomas, Angiosarcomas y Liposarcomas. (16) Cerca de la mitad de las pacientes tenían una evolución de más de seis meses y otros hasta dos años. Los tumores median en promedio 6 cms. de diámetro. Algunos pacientes presentaban adenopatias axilares pero ninguno tuvo metástasis comprobadas.

PRESENTACION DE CASOS:

En el presente estudio se incluyen tres casos de Sarcoma Estromal; el primero de una mujer de 47 años, G. 0 P. 0, con una masa de 7 meses de evolución; al examen físico se encontró un tumor que medía 16 x 12.5 cms., y ocupaba todo el seno derecho. El diagnóstico clínico fue de Cisto-

FIGURA N° 8.- Macroscópicamente el Sarcoma Estromal aparece como una masa de color blanco-grisáceo, multinodular, brillante, de consistencia elástica, de bordes irregulares, no encapsulada.

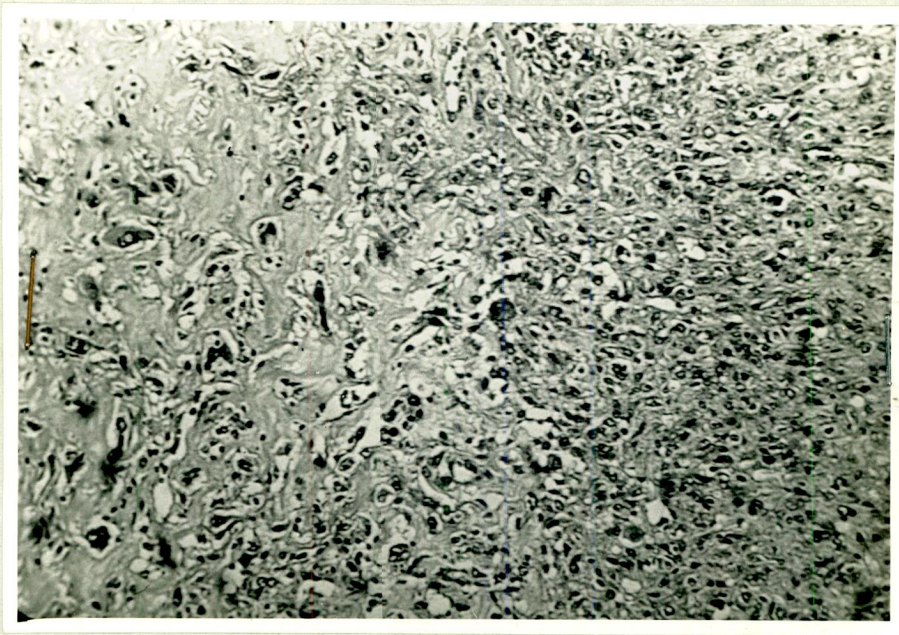


FIGURA N° 9.- Microscópicamente aparece como un estroma mixoide, con células gigantes dentro del tejido conectivo, así como células fusiformes, no tiene componente epitelial como el del CSPB.

sarcoma. Filodes. Se practicó una Mastectomía Simple incluyendo los pectorales, el diagnóstico histológico fue de Sarcoma Estromal, la paciente no ha presentado recurrencia y está asintomática después de tres años de la cirugía.

El segundo caso es el de una mujer de 55 años, G.2 P.2 con una masa de 10 meses de evolución que medía 10 x 8.5 cms. y que ocupaba todo el seno izquierdo. Se hizo diagnóstico de Cistosarcoma Filodes, el tratamiento consistió en Mastectomía Simple, seguida por Radioterapia (5.000 r). La paciente está asintomática un año después de la intervención.

El tercer caso corresponde a una paciente de 35 años, G.1 A.1 que consultó por una masa de 4 meses de evolución que medía 14 cms. de diámetro y ocupaba el cuadrante superior interno del seno izquierdo, con diagnóstico de Cistosarcoma Filodes se practicó Mastectomía simple Ampliada, la paciente falleció 7 meses después de la cirugía, No se le practicó estudio post-mortem.

ANATOMIA PATOLOGICA:

Macroscópicamente son masas de color blanco, griseas, que pueden presentar zonas de edema, hemorragia, necrosis y focos quísticos que son raros. La consistencia es firme y son de bordes irregulares y no encapsulados FIGURA N° 8.

Histológicamente el tumor presenta un aspecto continuo de patrones que imitan las variedades estructurales del estroma mamario, hay elementos mixoides, fibrosarcomatosos y liposarcomatosos. Son muy raras las lesiones telangiectásicas o esclerosantes y las que semejan el sarcoma extra-oseo o condrosarcoma con metaplasia osea.

Como una variante de las lesiones estromales se han visto sarcomas que son similares a los de partes blandas con células gigantes del tipo épulis de las que se encuentran en el tejido conectivo. Otros tumores presentan gran número de células gigantes como las que se ven en la enfermedad ósea de Paget. Fig. 9.

Se debe hacer diagnóstico diferencial con tumores anaplásicos de células fusiformes y carcinomas medulares.

PRONOSTICO:

No se ha relacionado el pronóstico con la estructura histológica, algunas pacientes que tenían lesiones de aparente bajo grado de pleomorfismo celular fallecieron del tumor. El promedio de supervivencia a 5 años fue del 60%, siendo el tratamiento de elección la Mastectomía Simple, sólo de 1 a 7 tumores presentan recurrencia.

DISCUSION:

Sólo tres de nuestros casos correspondieron al Sarcoma Estromal, representando el 1.8% de todos los tumores estudiados. Las pacientes están entre la tercera y quinta décadas, y consultaron por masas de 4 a 10 meses de evolución, aparecieron en glándula mamaria izquierda; el tratamiento quirúrgico empleado fue la Mastectomía simple con algunas variaciones y en un caso se asocio la Radioterapia. La supervivencia ha sido aparentemente satisfactoria y sólo un caso falleció. El pronóstico de este tumor es bueno en la serie más grande descrita por Berg (16)

DERMATOFIBROSARCOMA PROTUBERANS

Es una entidad clínica que aparece como un tumor cutáneo fibroso que tiene marcada tendencia a recurrir. Es uno de los pocos tumores malignos de tejidos blandos que se origina en el tejido conectivo de la dermis y posee un grado de malignidad muy bajo, pues sólo el 1% se disemina por vía linfática también. Aunque se han citado casos aislados el reconocimiento de la lesión como entidad se le atribuye a Darier y Hoffmann quienes emplearon por primera vez el término de "Dermatofibrosarcoma Protuberans" (17, 18).

Reportes posteriores han confirmado y clarificado las características clínicas. Estas lesiones ocurren en mujeres entre los 25 y 65 años y la mayoría se han desarrollado en cicatrices quirúrgicas antiguas. O'Brien y Stout revisaron un total de 1516 casos los que dividieron en 15 malignos, de los cuales 13 dieron metástasis' (19).

HISTOGENESIS:

Ahora se acepta como de origen fibroblástico; Bednar aplicó el término "Estoriforme" al patrón en "Rueda de carro", que recordaba al visto en un tipo de neurofibroma que él creía era el Dermatofibrosarcoma antes descrito (20). Otros estudios no suponen el origen neurógeno y en todos los tumores de origen neural descritos en el fascículo del Armed Forces Institute of Pathology no se encuentra ninguno con el patrón en "Rueda de carro". (6)

CARACTERISTICAS CLINICAS:

La lesión comienza como una placa fibrosa firme con pocas variaciones de tamaño en algunos años y posteriormente un crecimiento rápido. A pesar de su agresividad local las metástasis a distan-

cia ocurren en pocas ocasiones. Básicamente la celularidad y el crecimiento infiltrativo son los conceptos usados para llamarlo "Localmente Maligno"

PRESENTACION DE CASOS:

Nuestro caso corresponde a una mujer de 30 años, G. 3, P. 3 que consultó por la presencia de una masa de seis meses de evolución, que medía 4 cms. de diámetro, localizada en el cuadrante superior externo del seno izquierdo, adherido a la piel, se hizo diagnóstico de fibrosarcoma, se practicó biopsia y luego extirpación local amplia. La paciente fue controlada por 4 años sin presentar recurrencia.

ANATOMIA PATOLOGICA:

Aunque la mayoría de los Dermatofibrosarcomas macroscópicamente son masas solitarias multinodulares, que varían de 0.5 a 12 cms. de diámetro, con un promedio de 5 cms. puede haber algunas variaciones. El tumor es usualmente esférico, aparece bien circunscrito, a veces la infiltración de la grasa subcutánea y del músculo esquelético a veces se observan macroscópicamente. La fijación a la piel puede estar presente. La mayoría de las lesiones son firmes aunque algunas son blandas con un aspecto gelatinoso amarillento en contraste con el gris pálido de la apariencia fibrosa. Las áreas quísticas o hemorrágicas pueden encontrarse, pero la necrosis no es frecuente.

Microscópicamente el tumor invade la dérmis y el tejido fibroso subcutáneo; está constituido por células fusiformes de tipo fibroblástico que se agrupan en fascículos que van en diferentes direcciones, entrecruzándose y formando remolinos. En algunos sitios las células se disponen en forma radial hacia un centro

celular, produciendo la característica imagen en "Rueda de Carro". (21)

Las fibras colágenas y reticulares son más abundantes en la periferia del tumor y adoptan también la misma agrupación radial de las células. En general existe poco pleomorfismo y escasas figuras mitóticas. FIGURA N° 10.

PRONOSTICO Y TRATAMIENTO:

Aunque la mayoría de los Dermatofibrosarcomas se comportan como tumores localmente agresivos es indudable que cerca del 1% de ellos sean capaces de diseminarse tanto por vía linfática como por vía sanguínea y producir metástasis a distancia. No es posible histológicamente predecir el comportamiento biológico, ya que la imagen ha sido similar entre los tumores que dan metástasis y los que sólo han recurrido después de la extirpación. El tratamiento de elección es la extirpación local amplia, pues estos tumores no son radiosensibles.

DISCUSION:

Como en la serie reportada por Oberman (1) nuestro caso fue tratado con una extirpación local amplia, teniendo una supervivencia de 4 años, sin presentar recurrencia; estos tumores tienen buen pronóstico, si el tratamiento es adecuado, lo que se puede esperar es una recurrencia local. Como se observa en nuestro estudio y en otros reportes anteriores el Dermatofibrosarcoma es una de las lesiones más raras de glándula mamaria (1), representa sólo el 0.6% de nuestros casos.

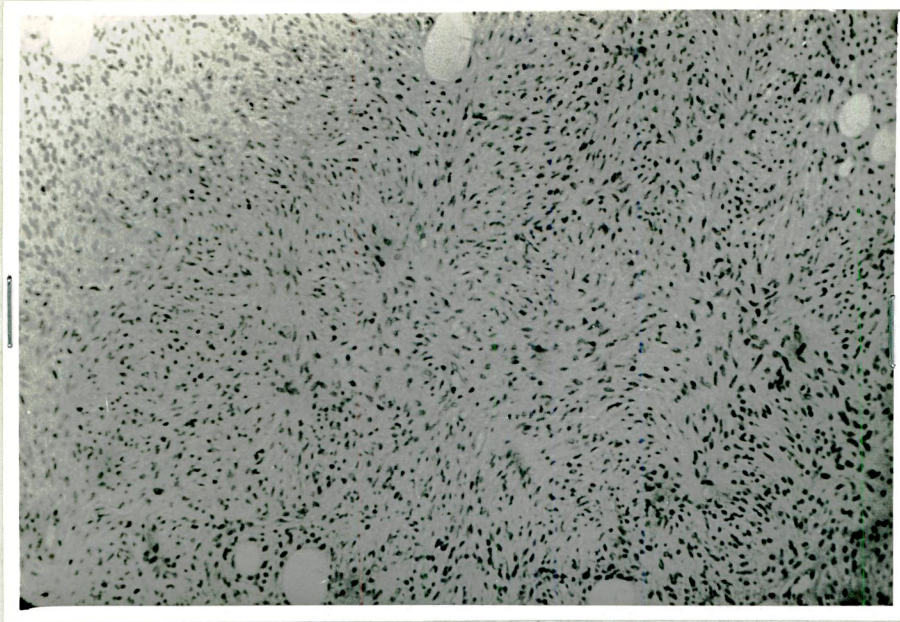


FIGURA N° 10.- Células fusiformes con disposición en "Rueda de Carro" son típicas en el Dermatofibrosarcoma Protuberans.

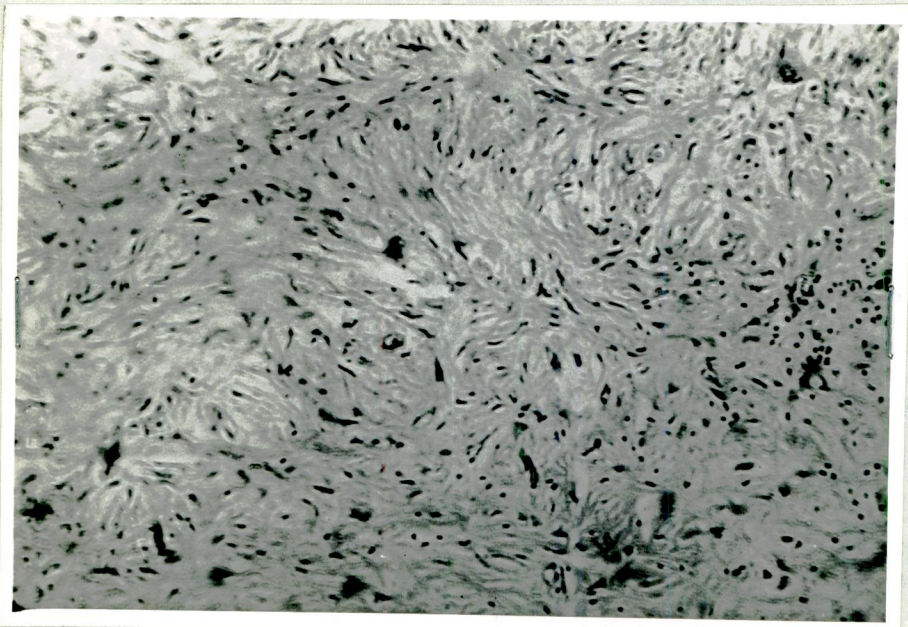


FIGURA N° 11.- Se observan los tres elementos del Liposarcoma mixoide: lipoblastos, malla de capilares y estroma mucicoide.

LIPOSARCOMA

SINONIMOS:

Sarcoma Lipemateide, Liposarcoma Adulto, Liposarcoma Embriionario (Ewing), Mixoliposarcoma.

Son los tumores mesenquimatosos malignos que primero se reconocieron y llamaron poderosamente la atención por el gran tamaño alcanzado.

Virchow en 1865 describió un liposarcoma localizado en la pierna cuya evolución fue de 20 años. En el mismo año Waldeyer reportó un liposarcoma abdominal que pesó 30 kg. En 1930 Lifuendal reportó un caso fatal de liposarcoma mamario en una mujer lactando, no había reportes anteriores, posteriormente se han descrito muchos casos especialmente en mujeres por encima de los 45 años.

Stout y Lattes revisaron seis casos que clasificaron como Liposarcomas mamarios, (22) Uno de ellos fue reportado por Stout y Bernanke en 1946. Hasta 1971 se han descrito más de 100 casos.

CARACTERISTICAS CLINICAS:

Son inespecíficos los síntomas y signos y son similares a los de cualquier Cistosarcoma de glándula mamaria. Corresponden a una masa de crecimiento lento, definida, no dolorosa, elástica que puede alcanzar gran tamaño.

PRESENTACION DE CASOS:

El único caso de esta serie es el de una mujer de 70 años que 14 años antes presentó una masa nodular de 3 cms. de diametro

en el seno derecho. Se le practicó extirpación del tumor y el diagnóstico histológico reveló un Liposarcoma, la paciente no volvió a control. Cuatro años antes comenzó a presentar aumento del tamaño de la glándula mamaria derecha, al examen se encontró una masa de 9 x 9 cms. que ocupaba todo el seno. Se practicó Mastectomía Simple incluyendo el pectoral mayor, al examen histológico se observa un liposarcoma mixoide. La paciente tiene un año de evolución después de la cirugía y está asintomática.

ANATOMIA PATOLOGICA:

Ewing fue el primero en dividir los liposarcomas en tres tipos; ultimamente Enzinger y Winslow propusieron una clasificación basándose en cuatro tipos: Lipomatosos o bien diferenciado, mixoide, de células redondas y pleomorfo. (23) En nuestro caso se trata de un liposarcoma mixoide el cual está formado básicamente por tres elementos:

- a. Lipoblastos en diversos estados de diferenciación.
- b. Malla de capilares.
- c. Matriz mixoide que contiene mucopolisacaridos ácidos.

Los lipoblastos son células estrelladas cuyo citoplasma presenta una o varias vacuolas y cuyo núcleo es hipercromático. Algunos tienen una sola vacuola que desplaza el núcleo hacia la periferia, semejando una célula en anillo de sello, mientras que otras son multinucleadas o multivacuoladas. Las mitosis son raras. FIGURA N° 11.

Macroscópicamente se observan como masas multilobuladas o nodulares limitadas por una cápsula de tejido conjuntivo de espesor variable; el color varía del blanco-amarillento al amarillo brillante y la consistencia puede ser gela-



FIGURA N° 12.- Macroscópicamente el Liposarcoma es multilobulado, limitado por una cápsula fibrosa, color amarillo brillante o rosado.

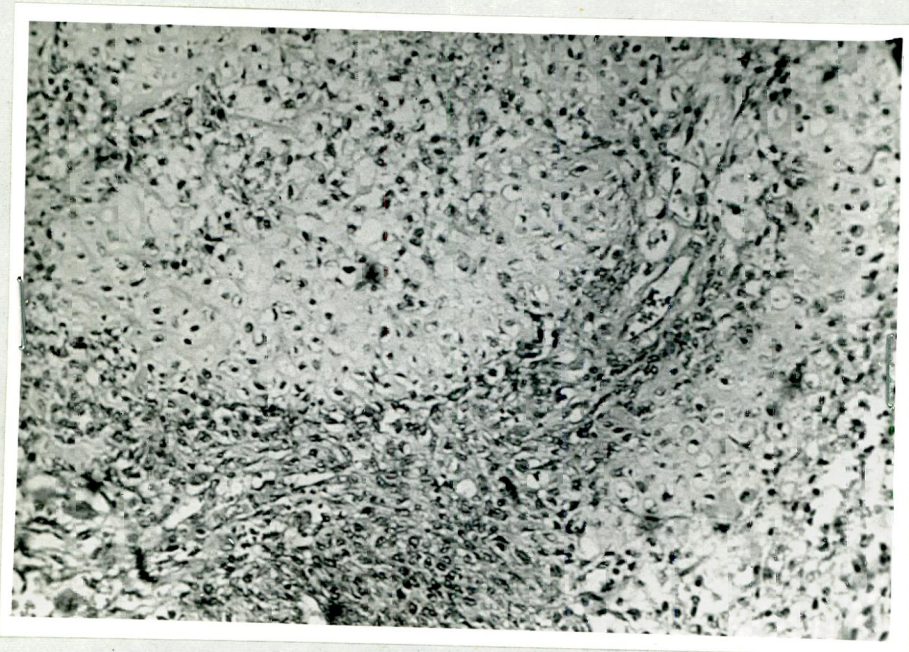


FIGURA N° 13.- El tumor Mesenquimal Maligno presenta diferentes elementos tisulares, comunmente se encuentra el patrón condro y osteosarcomatoso.

tinosa, blanda o elástica. FIGURA N° 12.

PRONOSTICO:

A cinco años el pronóstico del Liposarcoma mixoide es bueno aunque se han reportado casos de metástasis pulmonares. El tratamiento de elección es la mastectomía Simple. El Liposarcoma puede dar metástasis a axila como un carcinoma, también a pulmón y otras visceras. (24)

DISCUSION:

Sólo encontramos un caso, que representa el 06% de los tumores estudiados y es de una paciente que recurre después de 14 años de una extirpación del tumor. Se practicó Mastectomía Simple incluyendo el pectoral mayor y tiene un año de supervivencia asintomática.

TUMOR MALIGNO MESENQUIMAL

Bajo este nombre se agrupan los tumores malignos que poseen dos o más componentes tisulares distintos.

El tejido conectivo de la glándula mamaria, específicamente el periductal, interlobular y el estroma fibroso dan lugar a neoplasias que difieren básicamente del Cistosarcoma filodes en que no existe componente epitelial.

Estos tumores del estroma mamario son similares a los de tejidos blandos de otras partes del cuerpo, son básicamente proliferaciones de células fusiformes, pero formando elementos heterologos, focales tales como hueso, cartilago, músculo y grasa.

CARACTERISTICAS CLINICAS:

En series anteriores como la de Norris y Taylor, de 32 pacientes, la edad promedio fue de 49 años y la localización fue en el cuadrante superior externo sin predilección por ninguno de los dos lados. El promedio de duración de los síntomas fue de 2.4 años y estos consistieron en masa a veces dolorosa y en pocas ocasiones fija a la piel. Cuando entre los componentes del tumor figura el cartílago y el hueso, la radiografía puede mostrar calcificaciones irregulares y espículas oseas neoformadas. (25).

PRESENTACION DE CASOS:

En nuestro estudio se encontraron dos casos, el primero de una paciente de 65 años G. 3 P. 3 a quien se había practicado Mastectomía Simple derecha 8 años antes, consulta por una masa pectoral derecha de un año de evolución que medía 16 x 4 cms. y ocupaba el hemitórax derecho hasta el hueco axilar, se dio Radioterapia (5.000 r); sin embargo la paciente fallece 4 meses después. No se practicó autopsia. El Segundo caso corresponde a una mujer de 35 años, G. 3 P. 2 A. 1 que presentaba masa de 3 meses de evolución, dolorosa, que ocupaba el cuadrante superior externo del seno izquierdo, con un diametro de 5 cms. con diagnóstico de Fibroadenoma se practicó biopsia y extirpación del tumor, posteriormente se dió Radioterapia (5.000 r). La paciente está asintomática un año después de la intervención.

ANATOMIA PATOLOGICA:

Macroscópicamente los tumores son de color blanco-grisáceo, amarillo brillante o rosado, con áreas translúcidas que contienen quistes, hemorragia focal, necrosis, áreas mucoides, oseas y cartilaginosa. La consistencia es firme con zonas elásticas y blandas; los bordes son irregulares y mal definidos. El tamaño varía de 1 a 19 cms, con un promedio de 4 cms. (25)

Microscópicamente hay una gran variación de tumor a tumor y aun dentro del mismo tumor, está dada por los diferentes elementos tisulares que intervienen en su formación. Los más comunmente hallados han sido el rhabdomyosarcoma, liposarcoma, leiomyosarcoma, condro y osteosarcoma. Ocasionalmente se han observado hemangioendotelioma y reticulosarcoma. (21)

PRONOSTICO Y TRATAMIENTO:

El tratamiento de elección es la Mastectomía Simple. En algunas series la supervivencia es de 73% a 5 años. (25)

DISCUSION:

Los dos casos estudiados representan el 1.2% de los tumores del presente trabajo. El primero es de una paciente con una recurrencia tumoral y que a pesar del tratamiento con radioterapia falleció. La segunda con extirpación del tumor y radioterapia posterior, ha tenido una supervivencia de un año. En las series revisadas se observa el relativo buen pronóstico de la lesión habiendo practicado Mastectomía Simple. (25)

LINFOMAS

En contraste con la frecuencia de la infiltración secundaria de la glándula mamaria por linfomas malignos o leucemias, es rara la localización inicial. (26)

Menos de 100 casos han sido reportados hasta 1970. Estudios realizados señalan el hecho de que estas pacientes tienen mejor pronóstico que las pacientes con carcinoma.

HALLAZGOS CLINICOS:

La edad más frecuente es la quinta y sexta décadas, que es similar al promedio de las pacientes con carcinoma, una de las diferencias con estas pacientes es la presencia de un tumor de muy rápido crecimiento. En algunos casos se presentó el tumor como nódulos múltiples y en otros casos es un nódulo único. En las mayores series no se ha encontrado retracción de la piel o secreción por el pezón, en algunos casos hay compromiso ganglionar de la axila, también se ha observado compromiso del seno contralateral. Después de la aparición de la lesión mamaria hay diseminación de la enfermedad, (27)

PRESENTACION DE CASOS:

EDAD	PARIDAD	EVOLUCION	TAMAÑO DE LA MASA	DIAGNOSTICO	TRATAMIENTO	PRONOSTICO.
64 a.	G.0 P.0	20 días	4 cm. CSE seno izq.	L. Linfocítico bien dif.	Quimioterapia.	Murió al año
20 a.	G.2 P.2	3 meses	Nódulos múltiples en seno derecho.	L. Linfocítico mal diferenc.	Quimioterapia.	Murió a los 6 meses del tratamiento.

EDAD	PARIDAD	EVOLUCION	TAMAÑO DE LA MASA	DIAGNOSTICO	TRATAMIENTO	PRONOSTICO.
53 a.	G11 P11	5 meses	Bilateral Ocupan todo el seno	L. Linfocítico mal diferenc.	Radioterapia. Quimioterapia.	Falleció a los 8 meses
70 a.	G. 5 P. 5	6 meses	5 cm. CSE seno derec.	L. Linfocítico.	Mastectomía Sim. Quimio y Radioterap.	Falleció 2 años después del tto.
15 a.	G. 0 P. 0	15 días	18 cm. Todo el seno dere.	L. Burkitt	Quimioterapia.	Falleció al mes.
24 a.	G. 2 P. 2	8 días	Todo el seno derec. CSI	L. Histiocítico.	Radioterapia.	Murió 9 meses después
55 a.	G. 3 P. 3	4 meses	CSI seno izq. 3cm.	L. Histiocítico.	Radioterapia.	Vive 5 años.
50 a.	G. 6 P. 6	1 mes	4x4.5 CSI seno der.	L. Histiocítico nod.	Mast. Radioterapia.	Vive 2 años.
38 a.	G. 7 P. 7	4 meses	2cm. CSE seno derec.	L. Histiocítico.	Radioterapia.	Murió a los 3 meses.

ANATOMIA PATOLOGICA:

Macroscópicamente estos tumores se presentan como nódulos circunscritos únicos o múltiples, son homogéneos o pardos y similares a los linfomas de otras localizaciones. La necrosis no es frecuente y aunque las masas son de crecimiento rápido el tamaño no alcanza al de los otros sarcomas.

En las series publicadas se ha observado que el compromiso linfoide se centra en el tejido conectivo intralobular, los canaliculos aparecen separados o comprimidos entre las células tumorales, sin embargo, no hay destrucción del epitelio canalicular, en cuanto al tipo de célula predominante varía según el cuadro, linfocitos, histiocitos, etc. (28)

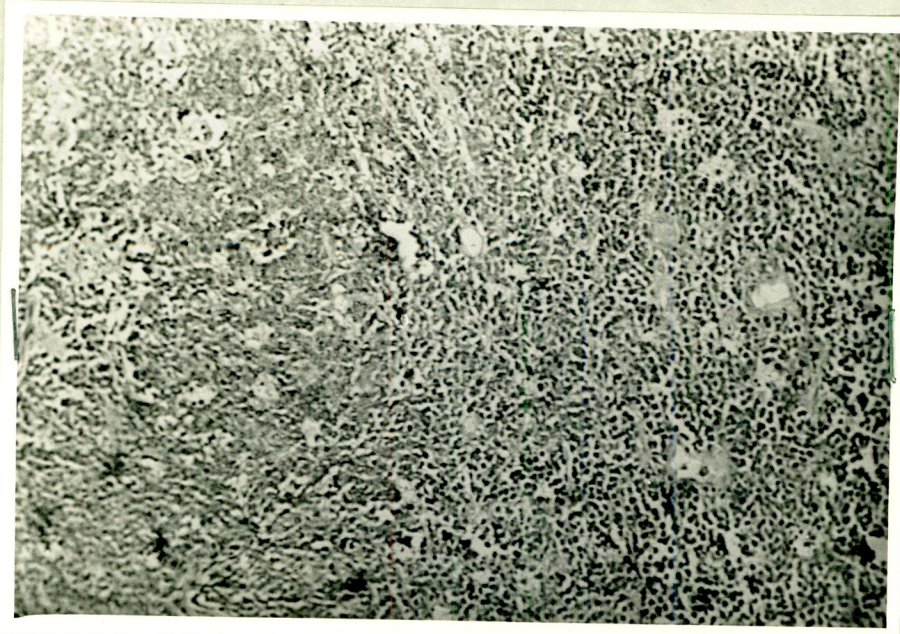


FIGURA NO 14.- Microscópicamente el Linfoma de Burkitt presenta la imagen en "cielo estrellado" con células grandes, con citoplasma abundante, núcleo grande, vesicular y nucleolo prominente

PRONOSTICO Y TRATAMIENTO:

El tipo de tratamiento empleado es variable, desde la mastectomía radical, la simple, solas o combinadas con Radioterapia; la Radioterapia sólo o combinada con la Quimioterapia.

La rata de supervivencia es de 64% a 5 años y del 54% a 10 años, que fue descrita por De Cosse y colaboradores, él observó que el linfoma linfocítico tenía mejor pronóstico que el Sarcoma de células reticulares. (26)

Dyson concluyó que el tamaño del tumor era más importante que el tipo histológico. (29)

Burkitt describió compromiso bilateral de la glándula mamaria en mujeres jóvenes con Linfoma de Burkitt, que regresaban con quimioterapia. (30)

FIGURA N° 14.**DISCUSION:**

Como los linfocitos e histiocitos son elementos constituyentes normales en el tejido conectivo intralobular no sorprende que haya linfomas en esta localización.

Los tumores de la presente serie fueron linfomas Linfocíticos, Histiocíticos y un linfoma de Burkitt. En un caso fue bilateral. El tratamiento de estas pacientes fue variable, en una se practicó mastectomía radical, más Radioterapia, en otras Mastectomía Simple con Radioterapia y Quimioterapia, solas o combinadas. Una paciente ha sobrevivido 5 años y otra 2 años, las demás fallecieron a pesar del tratamiento. No hay correlación entre el tipo de terapéutica empleada y la supervivencia. En contraposición a las series revisadas nuestros casos tuvieron mal pronóstico, y la supervivencia fue muy baja.

LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA

En raras ocasiones el sitio primario de manifestación de una Leucemia puede ser la glándula mamaria, se asocia posteriormente a adenopatías, hepato y espleno-megalias, sin embargo en la mayoría de los casos el tumor mamario es una manifestación de una enfermedad generalizada.

CLOROMA:

Es una forma de Leucemia asociada con tumores de color verdoso en diferentes partes del cuerpo, se presenta especialmente en la Leucemia Mieloi-de Aguda, en algunos casos el suero tiene un color verdoso (31).

PRESENTACION DE CASOS:

El único caso de la presente serie corresponde a una mujer de 29 años, G. 5 P. 5 que consultó por aumento de volumen de ambos senos de un mes de evolución. Al examen se encontraron grandes masas que ocupaban ambas glándulas mamarias, Se practicó biopsia por punción, la cual es reportada como Leucemia, que posteriormente en un mielograma fue diagnosticada como Leucemia Mieloide Aguda. La paciente empeora su estado y fallece, sin haber recibido tratamiento. En la autopsia se encuentran ambas glándulas mamarias ocupadas por células leucémicas, que constituyen masas de color verdoso, denominadas cloroma, microscópicamente se comprueba la Leucemia.

DISCUSION:

En nuestro estudio la Leucemia constituye el 0.6% de los casos; se observa que aunque la localización primaria en la glándula mamaria de una Leucemia es una manifestación de una enfermedad generalizada.

DISCUSION

Es importante establecer que esta serie de "Sarcomas de Glándula Mamaria" es diferente a otras revisadas en la Literatura Mundial (1, 2, 3, 22), su diferencia estriba en la inclusión del Cistosarcoma Filodes, que muchos autores consideran separadamente (32)

La distribución general de los tumores, en este estudio, excluyendo los Cistosarcomas es similar a la de otros autores. (1, 3, 22)

Se comprueba una vez más que los sarcomas mamarios son tumores raros y que representan sólo el 1% de todos los tumores de la glándula mamaria. (1, 6.)

El Cistosarcoma Filodes benigno ocupa en nuestro estudio el primer lugar y representa el 71.4% de todos los tumores, se presenta en mujeres entre la quinta y cuarta décadas de la vida, su evolución es de varios meses o años, el tratamiento es la extirpación amplia, seguida en frecuencia por la Mastectomía Simple, el pronóstico es excelente, estos parámetros son similares a los descritos en otras series anteriores. (6, 7, 8, 9) Cuadro N° 1.

El segundo tumor más frecuente es el Cistosarcoma Filodes Maligno, constituye el 16.2% de los tumores estudiados; su curso es rápido, aparece en mujeres entre los 40 y 50 años de edad, el tratamiento es la Mastectomía Simple, pero la supervivencia en nuestro medio, a 5 años es baja. En las series analizadas la supervivencia es mejor. (6, 7, 8)

El último grupo es heterogéneo, comprende pocos casos de cada tipo de tumor: tres Angiosarcomas, tres Sarcomas Estromales, nueve Linfomas, de diversos tipos, dos Tumores Mesenquimales Malignos, un Liposarcoma, un Dermatofibrosarcoma Protuberans, y una Leucemia mieloide Aguda. La edad más fre

cuenta de aparición del tumor está entre los 20 y 40 años, el tratamiento variable y la supervivencia a cinco años en general es baja, independientemente en algunos casos del tratamiento empleado. Todas las series revisadas traen datos similares, (con algunas variaciones en la supervivencia, esta depende del control posterior de las pacientes, que en nuestro medio es en ocasiones imposibles, por razones económicas o de distancias. (1, 2, 3, 6). Tabla 9 y 10 - cuadro N°2

RESUMEN

Se estudiaron 155 casos de "Sarcomas de Glándula Mamaria", vistos en el Instituto Nacional de Cancerología en un periodo comprendido entre 1965 y 1975 inclusive.

Estos tumores comprenden 110 Cistosarcomas Filodes Benignos, 25 Cistosarcomas Malignos, 9 Linfomas, 3 Angiosarcomas, 3 Sarcomas estromales, 2 tumores mesenquimales Malignos, 1 Liposarcoma, 1 Dermatofibrosarcoma Protuberans y una Leucemia.

La mayoría de estos tumores ocurren entre la 3a y 5a décadas. La supervivencia generalmente es baja, exceptuando el Cistosarcoma Filodes Benigno que no presenta mortalidad, sólo se encontró recurrencia en cuatro casos.

Se revisó la Literatura mundial reciente, sobre el tema, con la cual se compararon los datos obtenidos en el presente trabajo, no encontrando diferencias fundamentales.

BIBLIOGRAFIA

1. Oberman. H.A., Sarcomas of the Breast. *Cancer* 18: 1233 -1234. 1965.
2. Berg. J. W., De Crosse J. J., et al: Stromal Sarcomas of the Breast *Cancer* 15: 418-424, 1962.
3. Curran R.C. and Dodge O. G., Sarcoma of the Breast. *J. Clin. Path.* 15: 1-16, 1962.
4. Muller, J. Ueber den feinern Bau und die Formen der krankenhaften Geschwulste. p.p. 54-60. Berlin, G. Reimer, 1938.
5. Lee B. J. and Pack G. T. Giant intracanalicular fibroadenoma mixoma of the breast. The so-called cystosarcoma phyllodes mammae of Joannes Muller. *Am. J. Cancer* 15: 2583 - 2609, 1931.
6. Stewart F. W. et al. Tumors of the Breast. Fascicle of Armed Forces Institute of Pathology, 1965.
7. Treves and Sunderland. D. A. Cystosarcoma phyllodes of the breast: a malignant and benign tumor. A clinical - pathological study. *Cancer* 4: 1286 - 1332, 1951.
8. Lester. J., and Stout A. P. Cystosarcoma phyllodes. *Cancer* 7: 335-353, 1954.
9. Rodriguez C.H. Cistosarcoma Filodes, 1966 No publicado.
10. Norris H. J. and Taylor. Relation ship of histologic features to behavior of Cystosarcoma phyllodes. An analysis of 94 cases. *Cancer* 20: 2090-2099. 1967.
11. Schmidt G. B. Ueber das Angiosarkom der Mamma. *Arch. Klin. Chir.* 26: 121-127. 1987.
12. Borrman R. Metastasenbildung bei Histologisch Gutartigen Geschwulsten. Fall Von Metastasierendem. Angiom. *Bertr, Path. Anat.* 40:372-393. 1907.
13. Gulesserian H. P. Lawton R. L. Angiosarcoma of the breast. *Cancer* 18: 1233-1234, 1965.
14. Batchelor G. B. Hemangioblastoma of the breast, associated with pregnancy. *Brit, J. Surg.* 46: 647 - 649 1959.

15. Steingaszner L.C. Enzinger F. Taylor, Hemangiosarcoma of the breast. *Cancer* 3:352-361, 1965.
16. Berg W. De Cosse J.J. Fracchia A.A. and Farrow J. Stromal Sarcomas of the breast. *Cancer* 15:418-424, 1962.
17. Taylor H.B. and Helwing. E.B. Dermatofibrosarcoma Protuberans A study of 115 cases. *Cancer*: 15: 717-725, 1962.
18. Hoffmann, E. Uber das Knollentreibende fibrosarköm. *Dermat. et Syph.* 5: 545- 1925.
19. O'Brien J.E. and Stout A.P. Malignant Fibrous Xanthomas *Cancer* 17: 1445, 1964.
20. Bednar B, Storiform Neurofibromas of skin, pigmented and non pigmented. *Cancer* 10: 368. 1957.
21. Albores - Saavedra J. Sarcomas y lesiones pseudosarcomatosas de partes blandas, p.p. 72 - 75, 1967.;
22. Lattes R. Sarcomas of the breast. *JAMA* 201 - 531, 1967
23. Enzinger F.M. and Winslow D.J. Liposarcoma. A study of 103 cases. *Vich. Arch Path. Anat.* 335: 367, 1962.
24. Hummer C.D. and Burkart. T.J. Liposarcoma of the breast. *Am J. Surg.* 112:558 - 561, 1967.
25. Norris H.J. and Taylor H.R. Sarcomas and related Mesenchymal tumors of the breast. *Cancer* 22:22 - 28, 1968
26. De Cosse et al. Primary lymphosarcoma of the breast; a review of 14 cases. *Cancer* 15: 1.264, 1962.
27. Oberman H.A. Primary lymphoreticular neoplasm of the breast. *Surg. Gyn and Obst.* 23: 1047-1051, 1966.
28. Lawler M.R., Richie R.E. Reticulum cell Sarcoma of the breast. *Cancer* 9: 1439 - 1445, 1967
29. Dyson B.C. Periductal mastitis associated with reticulum cell sarcoma in the breast. *Surgery* 50: 634, 1961.
30. Burkitt D. Treatment of Burkitt's tumor p.p. 2 - 10 , 1967.
31. Blackwell. B. Acute leukemia presenting as a lump in the breast. *Brit. J. Surg.* 50: 769, 1963.
32. Haagensen. Disease of the breast.

I/75/46

- SARCOXIA
- SENO
- HEXANGIOSARCOXIA
- CISTOSARCOXIA / ILODES
- LIPOSARCOXIA

TABLA N° 4

SARCOMAS DE GLANDULA MAMARIA

TIEMPO DE EVOLUCION

N°De Meses	CSFB		CSFM		Otros Sarcomas		TOTAL	
	N° Casos	%	N° Casos	%	N° Casos	%	N°Casos	%
1 - 6	54	49.1	14	56	11	55	79	50.9
6 - 12	31	28.2	6	24	7	35	44	28.5
12 - 24	14	12.7	1	4	1	5	16	10.3
24 o más	11	10.0	4	16	1	5	16	10.3
TOTAL	110		25		20		155	100%

TABLA N°5

SARCOMAS DE GLANDULA MAMARIA

DIAGNOSTICO CLINICO

DIAGNOS- TICO.	CSFB		CSFM		Otros Sarcomas		TOTAL	
	N° Casos	%	N° Casos	%	N°Casos	%	N°Casos	%
Fibroadenoma	39	35.5	1	4	1	5	41	
Hiperplasia Prepuberal	1	0.9					1	
Cistosarcoma Filodes	50	45.4	19	76	9	45	78	
Carcinoma de Seno	18	16.4	5	20	3	15	26	
Papiloma In- tracanalicular	1	0.9					1	
Enfermedad Fibroquística	1	0.9					1	
Sarcoma					2	10	2	
Linfoma					3	15	3	
Leucemia					1	5	1	
TOTAL	110		25		20		155	

SARCOMAS DE GLANDULA MAMARIA

DISTRIBUCION POR EDADES

EDAD	CSFB		CSFM		Otros Sarcomas		TOTAL	
	N°Casos	%	N°Casos	%	N° Casos	%	N° Casos	%
10 - 19	23	20.9			1	5	24	15.5
20 - 29	12	10.9	6	24	5	25	23	14.7
30 - 39	15	13.6	2	8	4	20	21	13.6
40 - 49	31	28.2	7	28	2	10	40	25.8
50 - 59	22	20.0	6	24	4	20	32	20.6
60 - 69	4	3.6	2	8	2	10	8	5.1
70 o +	3	2.8	2	8	2	10	7	4.7
TOTAL	110		25				155	

TABLA N° 3

PARIDAD

N° De Embarazos	CSFB		CSFM		Otros Sarcomas		TOTAL	
	N°Casos	%	N°Casos	%	N°Casos	%	N°Casos	%
0 - 1	70	63.6	15	60	5	25	90	58.0
2 - 4	24	21.8	5	20	8	40	37	23.8
5 - 7	9	8.2	3	12	5	25	17	10.9
8 o más	7	6.4	2	8	2	10	11	7.3
TOTAL	110		25		20		155	

TABLA N° 6

CISTOSARCOMA FILODES BENIGNO

LOCALIZACION

LOCALIZACION	SENO DERECHO		SENO IZQUIERDO		TOTAL
	N° Casos	%	N° Casos	%	
C. S. E.	20	18.0	13	11.6	33
C. S. I.	8	7.2	11	10.0	19
C. I. I.	1	0.9	1	0.9	2
C. I. E.	1	0.9	2	1.8	3
Cuad. Sup.			4	3.6	4
Cuad. Inf.	3	2.7	2	1.8	5
Cuad. Ext.	5	4.4	4	3.6	9
Todo el Seno	17	15.3	10	9.0	27
Retroareolar	4	3.6	4	3.6	8
TOTAL	59	53.0	51	47.0	110

TABLA N° 7

TRATAMIENTO

Tipo de Tratamiento.	CSFB		CSFM		Otros Sarcomas		TOTAL	
	N° Casos	%	N° Casos	%	N° Casos	%	N° Casos	%
Mastectomía Simple	38	34.6	21	84	4	20	63	40.6
Mastectomía Radical					1	5	1	0.6
Tumorectomía	67	60.9					67	43.2
Ext. Local Amplia	4	3.6			2	10	6	3.8
Mastectomía S. Ampliada	1	0.9	3	12	4	20	8	5.1
Radioterapia		1	1	4	5	25	6	3.8
Quimioterapia.					3	15	3	2.3
Sin Tratamiento.					1	5	1	0.6
TOTAL	110		25		20		155	100%

TABLA N° 8

CISTOSARCOMA FILODES MALIGNOS

LOCALIZACION

LOCALIZACION	SENO DERECHO		SENO IZQUIERDO		TOTAL	
	N° Casos	%	N° Casos	%	N°Casos	%
C. S. E.	2	8	1	4	3	12
C. S. I.	1	4	3	12	4	16
C. I. I.	1	4			1	4
C. I. E.			1	4	1	4
Todo el Seno	7	28	7	28	14	56
Cuad. Ext.			1	4	1	4
Cuad. Int.	1	4			1	4
TOTAL	12	28	13	52	25	100

TABLA N° 9

OTROS SARCOMAS

LOCALIZACION

LOCALIZACION	SENO DERECHO		SENO IZQUIERDO		BILATERAL		TOTAL	
	N° Casos	%	No Casos	%	N°Casos	%	N°Casos	%
C. S. E.	6	30	5	25	1	5	12	60
C. S. I.	1	5	2	10			3	15
Todo el Seno	2	10	3	15			5	25
TOTAL	9	45	10	50	1	5	20	100

TABLA N° 10

CISTOSARCOMA FILODES MALIGNO Y OTROS SARCOMAS

SUPERVIVENCIA

SARCOMAS

N°MESES	N° CASOS		VIVOS		MUERTOS		PERDIDOS	
		%	N°CASOS	%	N°CASOS	%	N°CASOS	%
1 - 6	8	35	6		7	35	1	5
6 - 12	6	25	-		5	25	1	5
12 - 24	1	15	-				1	5
24 o más	5	25	3	15	1	5	1	5
TOTAL	20	100%	3	15	13	65	4	20

CISTOSARCOMA FILODES MALIGNO

N°MESES	N° CASOS		VIVOS		MUERTOS		PERDIDOS	
		%	N°CASOS	%	N°CASOS	%	N° CASOS	%
1 - 6	9	36			5	20	4	16
6 - 12	6	24			5	20	1	4
12 - 24	2	8					2	8
24 o más	8	32	5	20	11	44	2	8
TOTAL	25	100	5	20	11	44	9	36

TOTAL DE CASOS 45

TOTAL VIVOS 8 17.8%

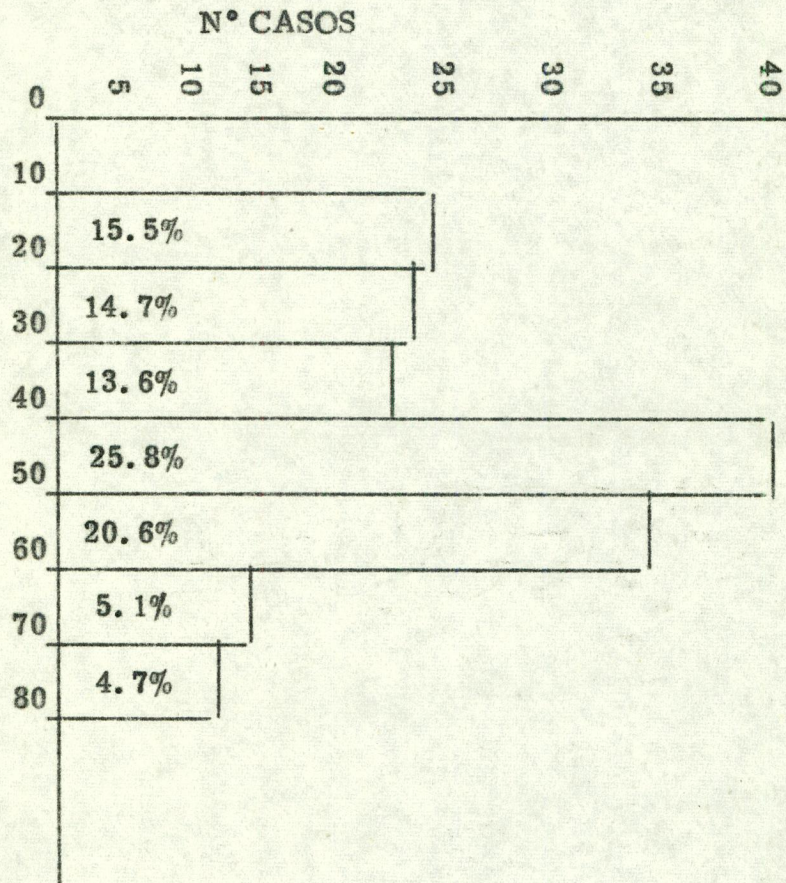
TOTAL MUERTOS 24 53.3%

TOTAL PACIENTES PERDIDOS 13 28.9

CUADRO N° 1

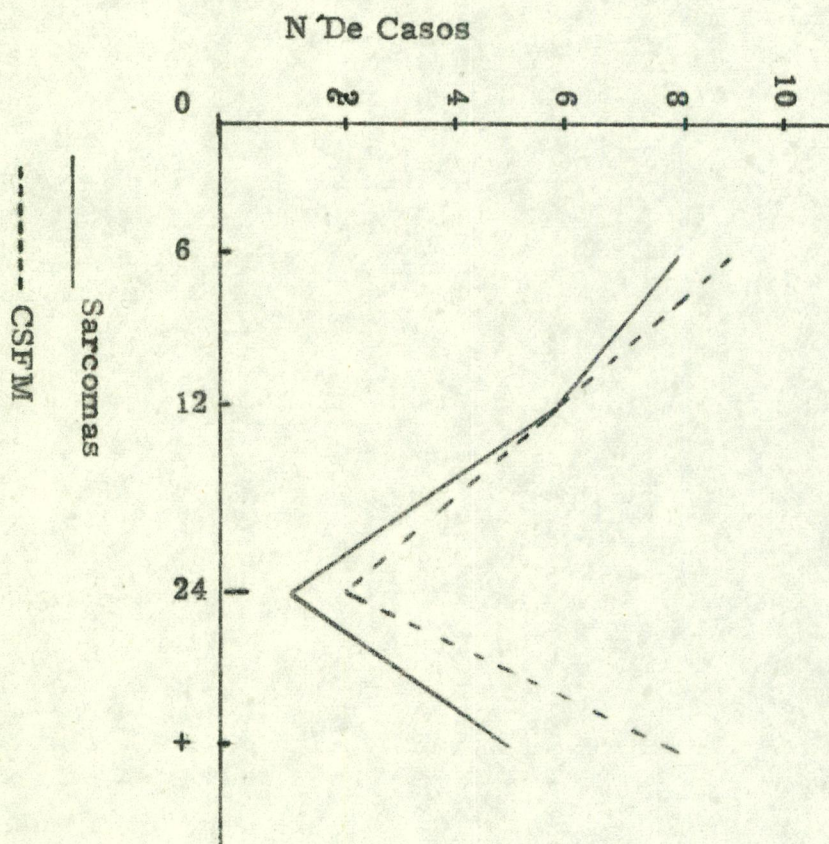
SARCOMAS DE GLANDULA MAMARIA

DISTRIBUCION POR EDADES



CUADRO N° 2

SUPERVIVENCIA DE LOS SARCOMAS
DE GLANDULA MAMARIA



Instituto Nacional de Cancerología



INC002372