

## Importancia de la clasificación ANDI para la reconstrucción inmediata de mama en tumor phyllodes recurrente

NORA BEATRIZ SÁNCHEZ, MD\*

### RESUMEN

La cirugía reconstructiva de mama ofrece a las pacientes alivio en síntomas secundarios a deformidades ocasionadas por tumores que, a pesar de ser benignos como en el caso de algunos tumores phyllodes, alteran la calidad de vida por ocasionar dolor, deformidad y dificultades con la ropa. Estos síntomas son proporcionales al tamaño de la lesión y a la duración de la enfermedad. El manejo integral por un mismo equipo quirúrgico de expertos permite resear por completo una lesión gigante benigna y la reconstrucción inmediata. Esto se hizo en una paciente de 39 años con un colgajo extendido del músculo dorsal ancho homolateral que reemplazó el volumen mamario reseado, la cobertura de la piel se realizó con tejido autólogo que se conservó durante el procedimiento quirúrgico de ablación del tumor. El resultado en cuanto al manejo de la enfermedad fue bueno; el tumor de 17x15x9 cm y 1000 g de peso que ocupaba 90% del seno se reseó en toda su extensión. El efecto estético de la reconstrucción inmediata tanto para la paciente como para el equipo quirúrgico, fue satisfactorio. Después de 30 meses de la cirugía; la paciente está libre de síntomas y no ha habido recurrencia del tumor. Este manejo plantea la importancia de tener en cuenta los conceptos que se enuncian en la clasificación de la enfermedad benigna de la mama (ANDI) para los procedimientos quirúrgicos reconstructivos de tumores benignos en mujeres mayores de 35 años cuyo tejido mamario ya inició su involución.

*Palabras clave:* Reconstrucción inmediata de mama; Tumor phyllodes; Fibroadenoma gigante; Calidad de vida; ANDI.

*Importance of classification ANDI for the immediate breast reconstruction in recurrent phyllodes tumor*

### SUMMARY

Immediate breast reconstructive surgery offers to a patient relief in secondary symptoms due to deformities caused by tumours that in spite of the fact of being harmless, for instance in some phyllodes tumours, alter life quality since they produce pain, malformations and inconveniences to clothes' employment. These symptoms are in proportion to lesion size and disease duration. Integral management by the same experts' surgical team allows a complete resection of a benign giant lesion as well as an immediate reconstruction. The immediate breast reconstruction was performed in a 39 year old patient with a homolateral extended latissimus dorsi flap that replaced the breast volume removed; for skin covering an autologous tissue kept during surgical procedure for tumour ablation was used. Results related to disease management were adequate. The tumour, which measured 17x15x9 cm, weight 1000 g and occupied almost 90 per cent of the breast, was completely extirpated. Aesthetic result for patient (and for the surgical team) was acceptable and satisfactory. End outcome has persisted 30 months post-surgery; presently there are no symptoms and no tumour recurrences have been detected. This type of management establishes the importance of having in mind those concepts clearly given on breast benign pathology classification (ANDI) in order to follow reconstructive surgical techniques in women older than 35 years, with benign tumours in whom breast tissues' involution have already begun.

*Keywords:* Immediate breast reconstruction; Phyllodes tumor; Giant fibroadenomas; Life quality.

Las masas benignas que con más frecuencia requieren un procedimiento reconstructivo son los fibroadenomas gigantes y dentro de ellos una variedad poco común, el tumor phyllodes.

Las masas mamarias en mujeres adolescentes corresponden por lo general a fibroadenomas<sup>1</sup> su manejo es de expectativa, de seguimiento clínico y el estudio indicado para su evaluación es una citología aspirativa

\* Profesora Auxiliar, Servicio de Cirugía Plástica, Departamento de Cirugía, Escuela de Medicina, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia. e-mail: nobesa@hotmail.com

Recibido para publicación octubre 1, 2007 Aceptado para publicación enero 31, 2008

con aguja fina<sup>2</sup>. Cuando un fibroadenoma supera los 5 cm de tamaño se clasifica como un fibroadenoma gigante y corresponde a un 0.5-2% de todos los fibroadenomas<sup>3</sup>. La clínica usualmente corresponde a una masa única, firme, de crecimiento rápido que en ocasiones puede ulcerar la piel por presión<sup>4</sup>; después de resecar estas masas gigantes por rareza es necesaria de manera inmediata la competencia de la cirugía reconstructiva de seno.

Se informa uno de cada 40 fibroadenomas gigantes como tumor phyllodes. En el grupo de mujeres en edad perimenopáusicas algunos de estos fibroadenomas van a corresponder a tumores phyllodes. De modo habitual el tumor phyllodes se presenta en promedio de edad a los 45 años<sup>5,6</sup> es típicamente un tumor de la perimenopausia, su pico máximo de incidencia está en el grupo de 30 a 60 años<sup>7</sup>, y según su patrón histológico puede clasificarse como benigno, intermedio y maligno<sup>8,9</sup>.

El manejo oncológico adecuado consiste en la resección con bordes libres de 1 a 2 cm y en caso de una segunda recurrencia se debe considerar la mastectomía como control local definitivo. El promedio de recurrencia sistémica en la literatura internacional es de 13.6%, y de 15% en informes recientes<sup>10</sup>.

De acuerdo con el tamaño de la masa y del seno si la paciente está en la etapa temprana del desarrollo de la mama según la clasificación de ANDI<sup>11</sup> el tejido mamario remodela y no se requieren maniobras reconstructivas complejas para reemplazar el volumen resecado<sup>12</sup>. Cuando, como en este caso, la paciente completó el período de desarrollo del tejido mamario y se encuentra en la etapa involutiva de la glándula mamaria, según el concepto de la clasificación ANDI, y la relación entre el tamaño del tumor y del seno no es favorable, se requieren procedimientos de cirugía reconstructiva como colgajos para reemplazar el volumen mamario resecado<sup>13</sup>. La resección de la piel se debe limitar para permitir una mejor cobertura del monte mamario con tejido conservado y nativo que ofrece las mejores características en textura y color con resultados estéticos muy satisfactorios; este manejo permite resolver en un solo tiempo la condición tumoral con una resección adecuada, alivio de los síntomas dolorosos secundarios al peso y volumen de la masa, y con la cirugía reconstructiva inmediata se mejora la calidad de vida de la paciente que se libera de la deformidad, la asimetría y el dolor ocasionado por el tumor.

## INFORME DEL CASO CLÍNICO

Se trata de una mujer de 39 años, remitida de un hospital periférico a consulta externa de la Clínica de Mama del Hospital Universitario del Valle «Evaristo García» de Cali, Colombia, por presentar masa en seno izquierdo de 3 años de aparición, con un crecimiento lento que ocasiona dolor y deformidad; 6 años antes se resecó una masa en el mismo seno pero se desconoce el resultado patológico; no recibió ningún otro tratamiento, se hace diagnóstico clínico de tumor phyllodes. En vista del tamaño de la masa y de los síntomas de dolor incapacitante en el seno izquierdo y de la parte posterior del tórax, con marcada asimetría y deformidad, se programa para cirugía con plan de mastectomía simple y reconstrucción inmediata. Macroscópicamente el tumor ocupaba 90% del volumen del seno izquierdo, era multilobular, de consistencia cauchosa, sin adherencias a planos profundos ni superficiales, la piel era brillante, tensa, adelgazada, sin infiltración por la masa (Fotos 1, 2, 3); la axila sin adenopatías palpables y tampoco se palparon masas en el seno contralateral. En conjunto con la masa se reseca un fragmento de piel que comprende la cicatriz de la cirugía previa. De manera inmediata y por el mismo equipo quirúrgico se realiza la reconstrucción con un colgajo pediculado musculocutáneo del dorsal ancho extendido homolateral<sup>14</sup> para reemplazar el volumen (Foto 4) y la cobertura cutánea con la piel nativa del seno. El informe de patología fue masa de 17x15x9 cm, peso de 1000 g (Foto 5) cuya histología corresponde a un tumor phyllodes de bajo grado. La evolución postquirúrgica fue adecuada, la paciente se alivia de los síntomas dolorosos, de la deformidad y la asimetría. El resultado estético es excelente en cuanto a cobertura cutánea, simetría, posición del surco mamario, posición del complejo areola-pezones y satisfacción de la paciente. La paciente asiste a control médico 30 meses después de su cirugía y continúa asintomática, no hay reaparición de masa y el resultado de la reconstrucción de mama sigue satisfactorio (Fotos 6, 7, 8).

## DISCUSIÓN

El tumor phyllodes representa 1% de las masas de mama en mujeres en edad reproductiva. La principal



Fotos 1, 2, 3. Vistas preoperatorios de mujer de 39 años con masa que ocupa 90% del volumen de la mama derecha



Foto 4. Sitio donante de colgajo extendido del músculo dorsal ancho para reemplazo del volumen de mama derecha.

razón para cirugía ablativa en esta enfermedad considerada benigna es la sintomatología dolorosa que hay con el crecimiento marcado, y otros síntomas que se le asocian como deformidad y asimetría y principalmente la posibilidad de malignidad como sarcoma phyllodes. Las secuelas que deja la resección de masas benignas de mama por lo general no requieren reconstrucción pues producen compresión sobre el tejido sano, no lo infiltran y se considera que después de la resección, el tejido sano que ocupa el resto del seno posee capacidad de remodelarse. Este concepto tradicional resulta cierto para las mujeres cuya mama se encuentra en las etapas

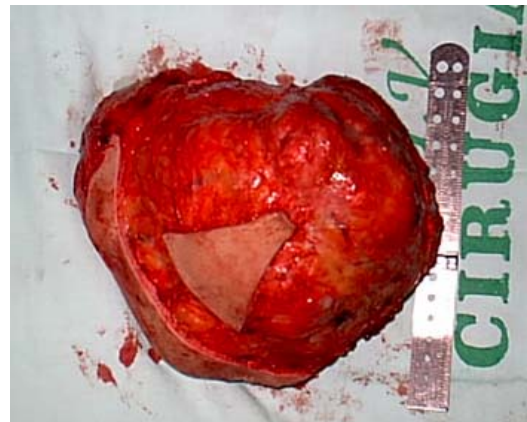


Foto 5. Tumor phyllodes de 17x15x9cm, peso de 1000 g con piel que incluye cicatriz de resección anterior

tempranas del desarrollo y no en las etapas involutivas si se tiene en cuenta la clasificación de ANDI, pues en estos últimos casos se debe considerar que el tejido mamario remanente está en incapacidad de remodelar defectos mayores. En esta paciente de 39 años el tejido mamario ya inició la etapa involutiva y no podrá remodelar defectos tan grandes como de 90% de su volumen. La reconstrucción de mama de manera inmediata en pacientes con cáncer ha demostrado producir mejores resultados y a costos más bajos que la diferida en el tiempo<sup>15</sup>, así como una mejoría emocional que se refleja en la calidad de vida<sup>15-17</sup>. La utilización de tejido autólogo en la reconstrucción de mama da mejores resultados que perduran de manera más satisfactoria para las pacientes<sup>17-21</sup>.

La reconstrucción inmediata con tejido autólogo para defectos grandes, es decir mayores a 40% del



**Fotos 6, 7, 8. Reconstrucción inmediata de mama derecha con colgajo de músculo dorsal ancho extendido, resultado 30 meses después**



**Foto 9. Secuelas en zona donante**

volumen de la mama, es adecuada en el manejo de las secuelas que hay en la resección de tumores benignos en mujeres mayores de 35 años cuya mama se encuentra en la etapa involutiva. El manejo que se hizo de la piel fue acorde con lo encontrado en publicaciones recientes al respecto de esta enfermedad<sup>22</sup> y teniendo en cuenta la elasticidad de la piel después de la expansión que realizan las masas, se ubicó el complejo areola-pezón en una posición más inferior y lateral en 1 y 1.5 cm respectivamente, esta posición se corrigió por el proceso normal de retracción 6 meses más tarde y mejoró el resultado. Como era de esperarse el volumen mamario no aumentó 30 meses después (Fotos 6, 7, 8). La cicatriz en la espalda es poco visible y la paciente no refiere síntoma alguno en este sitio y continúa satisfecha con el resultado (Foto 9).

## REFERENCIAS

1. Oberman HA. Breast lesions in the adolescent female. *Pathol Annu.* 1979; 14: 195-201.
2. Costa MJ, Tadros T, Milton G, Birdsong G. Breast fine needle aspiration cytology: Utility as a screening tool for clinically palpable lesions. *Acta Cytol.* 1993; 37: 471-4.
3. Baxi M, Agarwal A, Mishra A, Agarwal G, Mishra SK. Multiple bilateral giant juvenile fibroadenomas of breast. *Eur J Surg.* 2000; 166: 828-30.
4. Siegal A, Kaufman Z, Siegal G. Breast masses in adolescent females. *J Surg Oncol.* 1992; 51: 169-73.
5. Cohn-Cedermark G, Rutqvist LE, Rosendhal I, Silfverswärd C. Prognostic factors in cystosarcoma phyllodes. A clinicopathologic study of 77 patients. *Cancer.* 1991; 68: 2017-22.
6. Murad TM, Hines JR, Beal J, Bauer K. Histopathological and clinical correlations of cystosarcoma phyllodes. *Arch Pathol Lab Med.* 1988; 112: 752-6.
7. Bartoli C, Zurrida S, Veronesi P, Bono A, Chiesa F, Cosmacini P, et al. Small sized phyllodes tumor of the breast. *Eur J Surg Oncol.* 1990; 16: 215-9.
8. Baur BS, Jones KM, Talbot CW. Mammary masses in the adolescent female. *Surg Gynecol Obstet.* 1987; 165: 63-5.
9. Greydanus DE, Parks DS, Farell EG. Breast disorders in children and adolescents. *Pediatr Clin North Am.* 1989; 36: 601-38.
10. Mangi AA, Smith BL, Gadd MA, Tanabe KK, Ott MJ, Souba WW. Surgical management of phyllodes tumors. *Arch Surg.* 1999; 134: 487-93.
11. Hughes LE. *Benign disorders and diseases of the breast.* 2nd ed. London: WB Saunders; 2000.
12. Hughes LE, Smallwood J, Dixon JM. Nomenclature of benign breast disorders: report of a working party on the rationalization of concepts and terminology of benign breast conditions. *Breast.* 1992; 1: 15-7.
13. Fatah F. Extended latissimus dorsi flap in breast reconstruction. *Oper Techn Plast Reconst Surg.* 1999; 6: 38-49.
14. Sue AJ. Patterns of care for breast reconstruction. *Plast Reconst Surg.* 2005; 115: 128.
15. Ghazal A, Sully L, Fallowfield L, Blamey R. The psycho-

- logical impact of immediate rather than delayed breast reconstruction. *Eur J Surg Oncol.* 2000; 26: 17-9.
16. Wilkins EG, Cederna PS, Lowery JC, Davis JA, Kim HM, Roth RS, *et al.* Prospective analysis of psychosocial outcomes in breast reconstruction: one-year postoperative results from the Michigan Breast Reconstruction Outcome Study. *Plastic Reconstr Surg.* 2000; 106: 1014-25.
  17. Clough K, Kroll S, Audretsch W. An approach to the repair of partial mastectomy defects. *Plast Reconstr Surg.* 1999; 104: 409-20.
  18. Schusterman MA, Kroll SS, Weldon ME. Immediate breast reconstruction: why the free TRAM over the conventional TRAM flap? *Plast Reconstr Surg.* 1992; 90: 255-61.
  19. Eberlein TJ, Crespo LD, Smith BL, Hergrueter CA, Douville L, Eriksson E. Prospective evaluation of immediate reconstruction after mastectomy. *Ann Surg.* 1993; 218: 29-36.
  20. Kroll SS, Coffey JAJr, Winn RJ, Schusterman MA. A comparison of factors affecting aesthetic outcomes of TRAM flap breast reconstructions. *Plast Reconstr Surg.* 1995; 96: 860-4.
  21. Clough K, O'Donoghue J, Fitoussi A, Nos CFM. Prospective evaluation of late cosmetic results following breast reconstruction: I. Implant reconstruction. *Plast Reconstr Surg.* 2001; 107: 1702-9.
  22. Chang DS, McGrath MH. Management of benign tumors of the adolescent breast. *Plast Reconstr Surg.* 2007; 120: 13-9.