

Tumores Mesenquimales de la Mama.

HOSPITAL TERRITORIAL UNIVERSITARIO " DR. MARIO MUÑOZ MONROY" COLÓN .

Revista Médica Electrónica 2008;30(2)

Tumores Mesenquimales de la Mama.

Mesenquimal Breast Tumors. .

AUTORES:

Dr. José María González Ortega (1).

[Dr. Mario Miguel Morales Wong \(2\).](#)

Dr. Mario Michel Gómez Hernández (2).

Dra. Zoraida Caridad López Cuevas (3).

Dr. René Luis Escaig Olivares (3).

Dr. Rolando González Folch (4).

(1) Especialista de II Grado en Cirugía General. Profesor Asistente. Hospital Territorial Universitario "Dr.Mario Muñoz Monroy". Colón

(2) Especialistas de I Grado en Cirugía General. Hospital Territorial Universitario "Dr.Mario Muñoz Monroy". Colón

(3) Especialistas de I Grado en Cirugía General. Profesores Instructores. Facultad de Ciencias Médicas de Matanzas. Hospital Territorial Universitario "Dr.Mario Muñoz Monroy". Colón

(4) Especialista de I Grado en Cirugía General. Profesora Asistente. Hospital Territorial Universitario "Dr.Mario Muñoz Monroy". Colón

RESUMEN

El Sarcoma Primitivo de la Mama es una rara enfermedad con una incidencia del 0.5-1 % entre todas las neoplasias malignas mamarias. La mayoría de las series incluyen los Sarcomas Estromales, los Cistosarcomas Fillodes Malignos y los Angiosarcomas como entidades bien definidas. Los sarcomas generalmente se presentan como grandes masas de volumen gradualmente progresivo, de manera poco frecuente se fijan a la piel o a los tejidos profundos, no se observa la telorragia, la piel en corteza de naranja o la retracción por invasión de la piel. Las metástasis se hacen por vía sanguínea preferiblemente, siendo las axilares extremadamente raras. El proceso evoluciona en pocos meses y determina una diseminación visceral principalmente a pulmón y huesos. En el presente trabajo además de realizar una revisión bibliográfica sobre el tema, estudiamos la incidencia y manejo de esta rara enfermedad en el Hospital Universitario "Dr. Mario Muñoz Monroy" del municipio de Colón, Matanzas. Revisamos los expedientes clínicos de 540 pacientes femeninas operadas de cáncer mamario en el período comprendido entre enero de 1974 hasta diciembre del 2005, encontrando 7 casos de Tumores Mesenquimatosos de la Mama. Se halló una incidencia del 1.2 %, las edades oscilaron entre 27 y 62 años. No existió ningún caso de Bilateralidad. Tampoco se encontraron metástasis en ganglios linfáticos axilares. El tratamiento quirúrgico debería consistir en al menos una Mastectomía Total. Todos los intentos deben hacerse para lograr márgenes negativos, lo que parece ser el factor pronóstico más influyente en la supervivencia global de estos pacientes.

DeCS:

NEOPLASIAS DE LA MAMA/epidemiología

NEOPLASIAS DE LA MAMA/mortalidad
NEOPLASIAS DE LA MAMA/cirugía
SARCOMA/epidemiología
SARCOMA/mortalidad
SARCOMA/cirugía
HUMANOS
FEMENINO
ADULTO

INTRODUCCIÓN

Los Tumores Mesenquimales Malignos Primitivos de la mama, como el nombre indica, son neoplasmas no epiteliales, desarrollados a expensas del tejido mesenquimatoso, es decir, conectivo o estromal, vascular, etc. Son tumores muy poco frecuentes; no llegan a representar el 1 % de todos los tumores malignos de la mama (0.5-1 %) (1), teniendo los sarcomas mamarios una alta incidencia dentro de ellos. El origen de estas neoplasias resulta todavía algo controversial. Existen evidencias clínicas e histológicas que sugieren que posiblemente más de la mitad de los casos surgen por la transformación maligna de un fibroadenoma.

La mayoría de las series incluyen diferentes tipos histológicos y se dividen en Sarcomas Estromales, Cistosarcomas Fillodes Malignos (CFM) y Angiosarcomas como entidades bien definidas y agrupan unos 25 tumores pleomórficos como los Fibrosarcomas, los Leiomiomas, los Mixofibrosarcomas, los Hemangiopericitomas, los Osteosarcomas, los Histiocitomas Fibrosos Malignos, los Carcinosarcomas y los Linfomas, entre otros. (2) Los Sarcomas generalmente se presentan como grandes masas con crecimiento gradualmente progresivo. Estas tumoraciones sólo de manera ocasional se fijan a la piel y a los tejidos profundos. La telorragia, la piel en corteza de naranja, la retracción por invasión de la piel, tan frecuentemente vistas en los carcinomas, son raras en los sarcomas.

El crecimiento rápido parece reemplazar en pocos meses toda la glándula. La piel que lo cubre se torna tensa y lustrosa, surcada por gruesas venas. Con el progreso de la enfermedad la piel puede ulcerarse por distensión y dar salida a un material fétido producto de la desintegración del tumor. La consistencia de la neoplasia es irregular, en unas partes firme, en otras casi fluctuante. Las metástasis se hacen por vía sanguínea preferiblemente. La diseminación linfática axilar es extremadamente rara. El proceso evoluciona en pocos meses y determina toma visceral, principalmente pulmonares y óseas.

Las características mamográficas de los sarcomas son engañosamente similares a aquellas lesiones benignas, tales como quistes o fibroadenomas. Los sarcomas son sorprendentemente densos y bien delimitados sin evidencia mamográfica de actividad invasiva.

La relativa poca experiencia con este tipo de neoplasias poco comunes; el conocimiento de sus propiedades localmente invasivas que conduce con frecuencia a recidivas locales, el hecho de que las metástasis linfáticas no sean frecuentes y el pronóstico tan pobre en algunos tipos de sarcomas motivó a la presentación de 7 casos de neoplasias no epiteliales de la mama, haciendo una revisión de la literatura que versa sobre estos tumores.

MÉTODO

Se realizó un estudio retrospectivo de las enfermas operadas en el servicio de Cirugía General del Hospital Universitario "Dr. Mario Muñoz Monroy" de Colón, provincia de Matanzas, con el diagnóstico de Neoplasias Mesenquimatosas de la Mama, en un período de 32 años, comprendido entre enero de 1974 a diciembre del 2005, encontrando 7 pacientes con la confirmación clínica y anatomopatológica de variedades de Sarcomas de la Mama. Estas pacientes fueron identificadas de un universo de 540 mujeres que ingresaron por Neoplasias Malignas de la Mama en dicho período. Los datos fueron tomados de los expedientes clínicos y de los informes de Anatomía Patológica con los que conformamos las siguientes variables de estudio: edad, fecha de intervención, mama donde se localizó la enfermedad, tipo de tratamiento empleado, la presencia o no de metástasis en el período post-tratamiento mediato y la sobrevida. Se realiza además una revisión de la literatura mundial que aborda el tema.

El procesamiento de la información se realizó mediante una microcomputadora Pentium IV, utilizando del paquete de Microsoft Office 2003, el Software Microsoft Word en un ambiente de Windows XP. Los resultados se presentan en tablas e imágenes para su mejor comprensión. Se utiliza el método estadístico porcentual.

RESULTADOS

En un período de 32 años se identificaron de un total de 540 pacientes con el diagnóstico de Neoplasias Malignas de la Mama a 7 enfermas portadoras de Neoplasias Malignas No Epiteliales (Mesenquimatosas), de ellas cuatro casos correspondió al Cistosarcoma Filodes Maligno de la mama, se observó además un Sarcoma Estromal, un Angiosarcoma y por último un Carcinosarcoma mamario (Tabla No. 1)

Tabla No. 1 Datos Clínico-Demográficos según tipo de tumor Tumores Mesenquimatosos de la mama. (1974-2005)

Tipo de tumor	No. Pacientes	Edad/Edad Promedio.	Localización de lesión.	Detalles Clínicos.
Tumor Filodes Maligno	4	Promedio: 37 años. Rango: 27-46	Mama Izq. (todas)	Gran Volumen, polilobulado, crecimiento rápido.
Sarcoma Estromal	1	62	Mama Izq.	Tumor duro (4cm)
Angiosarcoma	1	42	Mama Der.	Tumor blando, piel violácea.
Carcinosarcoma	1	59	Mama Der.	Crecimiento rápido.

En cuanto al tipo de tratamiento quirúrgico empleado podemos ver en la Tabla No. 2 que tuvo diferentes particularidades, así ocurrió con el comportamiento post-operatorio de cada paciente según el tipo histológico.

Tabla No.2

Tratamiento empleado y seguimiento clínico post-operatorio. Tumores Mesenquimatosos de la mama. (1974-2005)

Tipo de Tumor	Fecha de Operación.	Tratamiento empleado	Ganglios Positivos (*)	Actividad Tumoral Post-Op. Mediato.	Sobrevida.
Tumor Filodes Maligno	- Sep/1974	-M.R de Halsted.	0/10	No	Vive
	- Dic/1981	-Mastec. Total	-	Metást Mama contralateral	Fallecida. (1985)
	- Oct/1994	-Mastec Madden	0/13	No	Vive
	- Mar/1997	-Mastec Madden	0/11	2 Recidivas Locales.	Vive
Sarcoma Estromal	-Feb/1987	-M.R.M de Patey	0/14	No	Vive
Hemangio-Sarcoma	-Feb/1994	-Resección Amplia.	-	Metást. a distancia	Fallecida. (1997)
Carcino-Sarcoma	-Jul/1985	-M.R.M de Patey	0/20	Metást. a distancia	Fallecida. (1987)

-M.R: Mastectomía Radical.

-M.R.M: Mastectomía Radical Modificada.

Se realiza el "vaciamiento axilar ganglionar" (*), pues durante el transoperatorio el patólogo informa al realizar la Biopsia por congelación: "positivo de malignidad" sin poder especificar que era un Tumor No Epitelial, motivo por el cual se efectúa la linfadenectomía axilar.

En relación con el Tumor Filodes Maligno de la mama observamos que al 75 % se le realizó un proceder quirúrgico que incluyó el Vaciamiento Ganglionar Axilar, cuyos motivos ya han sido explicados con anterioridad y se aplican al resto de los tipos tumorales a los que también se les realizó la innecesaria disección axilar. En todos los pacientes se observó la esperada negatividad metastásica en dichos ganglios. Permanecen vivas el 75 % de las pacientes que padecieron este tipo tumoral. La paciente que fue operada y se le diagnosticó el Sarcoma Estromal no ha mostrado indicios de actividad tumoral, no ocurriendo lo mismo con las enfermas afectas del Hemangiosarcoma y Carcinosarcoma, en las cuales aparecieron metástasis a distancia con franca actividad tumoral sistémica, falleciendo a los tres y dos años de operadas respectivamente.

DISCUSIÓN

Tumores Filodes Malignos de la Mama.

A pesar de que conceptualmente los Tumores Filodes mamarios son mixtos, es decir, están constituidos por tejido mesenquimatoso y tejido epitelial, dado su predominio mesenquimatoso los hemos incluidos en el presente trabajo que versa fundamentalmente sobre los tumores no epiteliales mamarios. Johannes Müller, describió en 1838 un tipo de tumor de contenido quístico, aspecto carnosos y con

hendiduras en su interior semejantes a las hojas de un libro, al que denominó "Cistosarcoma Phyllodes", contra lo que se ha afirmado en ocasiones, no cometió un error, sino que el término sarcoma, en aquella época, significaba únicamente carnoso y no implicaba malignidad (3). Aunque debe considerarse al principio como un tumor benigno, en algunos casos, como los de nuestra serie, su comportamiento fue francamente agresivo, recidivando y llegando a originar metástasis como una verdadera neoplasia maligna. De ahí que a pesar de los 44 sinónimos registrados en la literatura, sea la determinación cistosarcoma la que con mayor frecuencia se emplea. A partir de 1980 la Organización Mundial de la Salud lo denominó "Tumor Filodes", término con el que es designado en la actualidad (4). Los fibroadenomas y los tumores filodes tienen en común un origen mesenquimatoso con una participación epitelial. Pero si en los fibroadenomas gigantes o no, existe un equilibrio entre proliferación conjuntiva y epitelial; en el tumor Filodes existe un predominio del elemento conjuntivo que presenta una importante densidad celular asociada a frecuentes polimorfismo celular y mitosis. "Estos hechos colocan al Tumor Filodes en el cruce de caminos entre el fibroadenoma y el sarcoma." Del sarcoma se distingue porque solamente un porcentaje del 15 al 20 % muestra estructuras celulares de malignidad y aun así, la proporción de casos que evolucionan con metástasis es mucho más reducido, incluso casos no tratados o tratados tardíamente. Entre los criterios morfológicos de malignidad se encuentran: límites tumorales mal definidos, tamaño tumoral mayor de 4 cm en su diámetro mayor, más de 10 mitosis por cada 10 campos de 400 aumentos en las zonas más celulares, citología estromal atípica. Sin embargo, no existen criterios absolutos definidos. En nuestra serie, la incidencia del Tumor Filodes Maligno respecto al carcinoma fue del 0.74 % lo que concuerda con otros trabajos revisados como los de Khan y Cols de la Escuela de Medicina de Northwestern, Chicago (5). Todos nuestros casos se presentaron con un tumor en la mama izquierda, aunque se reporta en la literatura mundial una incidencia similar en ambas mamas. La bilateralidad es excepcional. Nos llama la atención que la neoplasia aparece muy frecuentemente ocupando prácticamente toda la glándula. Nuestra edad promedio fue de 37 años (rango de 27 a 46 años) muy similar a la de Joshi y Cols de Nueva Delhi en la India (38 años) (6) y algo por debajo de la presentada por Gersler y Cols de la Universidad de Oklahoma, USA (57 años) (7). En general se señala que la edad más propicia para la aparición de estos tumores se sitúa entre la 4ta. y 5ta. década de la vida de la mujer. El tamaño del tumor osciló entre 5 y 10 cm en su diámetro mayor, cifras bastante parecidas a las de otros autores revisados aunque inferiores al reportado por la serie de Hernando Miranda de México (13.87 cm) (8). Teniendo en cuenta los criterios de Pietruszka, Barnes y Azzopardi-Cols (3) se habría clasificado un caso como Borderline, pero posteriormente se catalogó, dado su comportamiento biológico, en un Tumor Filodes de la Mama. Con relación al tratamiento podemos decir que la Mastectomía Simple es la intervención de elección ante la menor sospecha de malignidad, aunque hay autores como Stranzl y Cols de la Escuela de Medicina de Graz en Austria (9) quienes plantean que la cirugía preservadora de la mama con márgenes amplios negativos debe ser la opción terapéutica inicial preferida, no existiendo indicación para la disección axilar ya que estos tumores rara vez metastizan a glándulas linfáticas regionales. En pacientes con sobre crecimiento estromal, particularmente cuando el tumor mide más de 5 cm se observa un elevado índice de fracasos a distancia, en estos pacientes debe considerarse un ensayo que examine la eficacia de la terapéutica sistémica .

La Radioterapia adyuvante parece mejorar la supervivencia libre de enfermedad. (10)

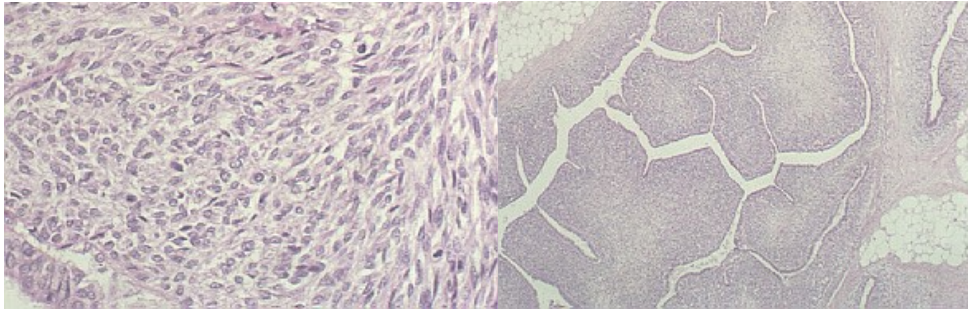


Foto No.1 . El tumor filodes es una neoplasia mixta con un componente epitelial y otra estromal fusocelular. Puede tener un comportamiento benigno o maligno, generalmente por sarcomatización del estroma, aunque también está descrita la malignización del componente epitelial. Doble componente y detalle del estroma fusocelular con elevada actividad mitótica.

Angiosarcoma de la mama.

Los sarcomas mamarios de origen vascular son entidades bien reconocidas (11). Aunque el angiosarcoma de la mama fue descrito en 1887 por Schmidt, el primer caso bien documentado fue reportado por Borman en 1907 como un "Hemangiona Metastizante" (12). Estas neoplasias son invariablemente fatales a pesar de la terapéutica y afortunadamente son raras aún entre los sarcomas. Los angiosarcomas representan un grupo heterogéneo de tumores vasculares malignos que se presentan en diferentes sitios anatómicos. En la mama femenina ellos se presentan en menos del 1% de todos los tumores malignos y principalmente se desarrollan como angiosarcomas secundarios después de irradiación previa (13). El índice reportado en la literatura mundial es de 0.4 %. En nuestra casuística incide en un 0.2 %. El angiosarcoma post-irradiación de la mama es una rara neoplasia. El primer paciente con un angiosarcoma de la mama radioinducido después del tratamiento conservador de la mama fue reportado en fecha tan reciente como en 1987. En los países occidentales solamente 57 casos habían sido publicados en la literatura (5 en Italia) desde que fue descubierto por vez primera. En la revisión realizada por Tommaso y Cols de Bologna en el 2003 encontraron que habían sido reportados solo 37 casos en la literatura inglesa durante las últimas 2 décadas (14). Si bien los informes de angiosarcomas radioinducidos son escasos (15-9) existe una tendencia al aumento de su frecuencia dado el creciente uso de la radioterapia conjuntamente con la cirugía conservadora de la mama, hemos también encontrado en la revisión de la literatura el primer caso reportado de angiosarcoma post- radiación que tiene lugar en una paciente mastectomizada a la que se le había realizado una reconstrucción mamaria y en la que el angiosarcoma apareció en el flap músculo cutáneo empleado (19) siendo un reporte de Hanasono y Cols del New York Presbyterian Hospital de Nueva York, ocurrido precisamente en Febrero del año 2005.

Clínicamente el angiosarcoma mamario, se presenta como una masa en la mama que crece rápidamente, frecuentemente dolorosa, de corta evolución, generalmente de menos de un año. La tumoración es generalmente mal definida; siendo éste el principal detalle que lo diferencia del "gran impostor de los angiosarcomas": la Hiperplasia Endotelial Papilar de la Mama, la cual es bien circunscrita. Los angiosarcomas de la mama se localizan profundamente, pero cuando son superficiales se comportan como una lesión de coloración azul o púrpura, lo cual puede sugerir una posible inflamación o la secuela de un trauma reciente (20). No es usual la fijación a la piel, y los ganglios linfáticos axilares palpables no

constituyen una característica clínica. La equimosis puede ocasionalmente indicar hemorragia dentro del tumor. Resulta interesante el trabajo publicado por Adhikan y Cols de Nueva York en el 2003 con relación a un angiosarcoma bilateral de Mama, de tipo metacrónico, siendo ambos radio-inducidos, en dicho informe se plantea que debe ser revisado el papel de la radioterapia después de la cirugía como tratamiento adyuvante (21). Resulta de interés la revisión del Síndrome de Stewart-Treves constituido por la combinación de angiosarcomas que aparecen como consecuencia del linfedema post mastectomía. (22) Comúnmente esta entidad se presenta como una tumoración esponjosa, suave y no encapsulada. Espacios vasculares dilatados se combinan con hemorragia intersticial y ocasionalmente está presente la necrosis focal. Microscópicamente el tumor es pleomórfico. El patrón esencial es el de canales vasculares que se comunican entre sí, tapizados por células endoteliales atípicas las cuales pueden mostrar una proliferación intraluminal.

La mamografía demuestra una sombra de elevada densidad, sin microcalcificaciones ni espiculaciones. En el ultrasonido diagnóstico se detecta una masa hipoecoica con bordes mal definidos y la Resonancia Magnética Nuclear no brinda grandes beneficios en su diagnóstico, tomamos por conclusión que los angiosarcomas mamarios no tienen características radiográficas patognomónicas. La revisión de la literatura nos señala el papel tan importante que desempeña en el diagnóstico de esta rara entidad las tinciones inmunohistoquímicas y la evaluación propia de los hallazgos clínicos. Como tratamiento clave es esencial la extirpación quirúrgica completa y temprana del tumor con adecuados márgenes. La recurrencia local es frecuente y también la diseminación a pulmones, piel, huesos, cerebro y vísceras abdominales. No es común las metástasis a ganglios linfáticos axilares, de esto se deriva que la disección axilar no está indicada. El papel definitivo de la terapia sistémica adyuvante permanece indeterminado, aunque se informa que la exéresis quirúrgica seguida de quimioterapia adyuvante ofrece mejor pronóstico.

Sarcomas Estromales de la Mama.

Nuestra paciente en el momento del diagnóstico tenía 62 años, lo cual se comporta ligeramente más alto que otros autores revisados. (23-5) Si tenemos en cuenta que dicha enferma tenía un grado nuclear bajo, que el tamaño de la tumoración era menor de 5 cm de diámetro, que los márgenes resultaron adecuados y negativos y que posteriormente como tratamiento adyuvante se empleó poliquimioterapia se deduce la sobrevida global por encima de los 10 años que ha tenido la misma.

Con relación al tratamiento de los Sarcomas Estromales se expresa por la literatura mundial que a menor grado nuclear del tumor y a menor tamaño (< 5 cm) se alcanza mayor sobrevida global (26,27). Después de la resección quirúrgica, las pacientes quimiosensibles deberán ser sometidos a poliquimioterapia adyuvante adicional para tratar la enfermedad micrometastásica y a la radioterapia para mejorar el control local evitando así las recidivas locales sobre todo en casos con tumores mayores de 5 cm y con márgenes quirúrgicos no adecuados. (28)

Carcinosarcoma de la Mama.

El Carcinosarcoma es un tumor maligno raro de la mama, consistente de un carcinoma infiltrante o intraductal contiguo o mezclado sutilmente con un estroma celular pleomórfico fusiforme, altamente celular y mitóticamente activo. Es una forma de carcinoma mamario metaplásico y probablemente se deriva de células mioepiteliales. Este tipo de tumor es muy agresivo y tiene un pronóstico reservado

(29). A través de tinciones inmunohistoquímicas se registra abundante antígeno carcinoembrionario y citoqueratinas de componente carcinomatoso, mientras que el componente sarcomatoso es positivo para la vimentina. En el análisis por microscopía electrónica se revela la presencia de células epiteliales, células mioepiteliales y mesenquimales polimorfos. La definición y la histogénesis de los carcinosarcomas son discutidas en la literatura. Su pronóstico es peor que el de los carcinomas metaplásicos de la mama, particularmente los carcinomas de células fusiformes, justificando la clasificación histológica precisa de estos tumores bifásicos (30). En nuestra pequeña casuística, este tipo tumoral se comportó tal y como lo reporta la literatura, su agresividad produjo en la paciente múltiples metástasis a distancia conllevándola a la muerte.

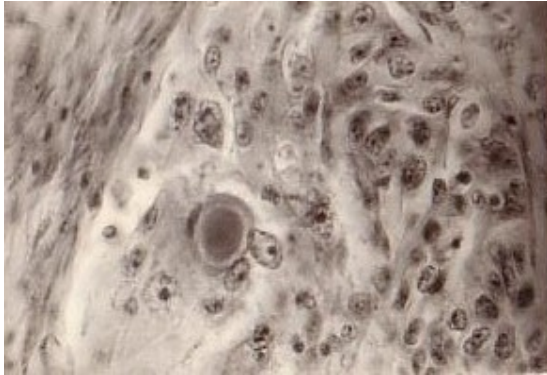


Foto 2 .Carcinosarcoma de la Mama.

SUMMARY

Primitive breast sarcoma is a rare disease with a 0.5-1 % of incidence among all the malign breast neoplasias. Most of the series include Stromal Sarcomas, Malign Phyllodes tumours and Hemangiiosarcomas as well defined entities. Sarcomas are generally big masses of gradually progressive volume, almost never fixed to the skin or the deep tissues; the hemorrhagia, skin in orange peel or retraction by skin invasion are not seen. Metastasis occurs preferably in blood way, being the axillar ones extremely rare. The process develops in few months and determines a visceral dissemination, mainly to lungs and bones. In this work, besides reviewing literature on the theme, we study the incidence and management of this rare disease in the University Hospital "Dr Mario Muñoz Monroy", Municipality of Colon, Matanzas. We reviewed clinical records of 540 female patients operated of breast cancer in the period between January 1974 and December 2005, finding 7 cases of Mesenchymal Breast tumours. We found an incidence of 1.2 %; ages ranged from 27 to 62 years old. There was no case of bilateralism. We did not find metastasis in axillar lymphatic ganglia. Surgical treatment should consist in at least one Total Mastectomy. All the intents should be done to achieve negative borders, what seems to be the most influent prognostic fact of these patients' global surviving.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pandey M, Mathew A, Abraham EK, Kajan B. Primary Sarcoma of the breast. J Surg Oncol. 2004 Sep 1; 87 (3): 121-5.
2. Adem C, Reynolds C, Ingle JN, Nascimiento AG. Primary breast sarcoma: clinicopathologic series from the Mayo Clinic and review of the literature. Br J Cancer. 2004 Jul 19;91(2): 237-41.

3. González Ortega JM, Castellanos F. Tumores Phyllodes de la Mama. Estudio clinicopatológico de una serie de nueve casos. Rev "Médica" Matanzas. 1989 Sep-Oct; 17 (5): 44-54.
4. Soumarova R, Seneklova Z, Horova H, Vojkovskahetal. Retrospective analysis of 25 women with malignant cystosarcoma phyllodes-treatment results. Arch Gynecol Obstet. 2004; 269(4): 278-81.
5. Khan SA, Badve S. Phyllodes tumors of the breast. Curr Treat options Oncol. 2001;2 (2): 139-47.
6. Joshi SC, Sharma DN, Bahadur AK. Cystosarcoma Phyllodes. Our institutional experience. Australas Radiol. 2003;47 (4): 434-7.
7. Gersler DP, Boyle MJ, Malnar KF . Phyllodes tumors of the breast. A review of 32 cases. Am Surg. 2000; 66(4): 360-6.
8. Chaney AW, Pollack A, Mc Neese MD. Primary tratment of cystosarcoma phyllodes of the breast. Cancer. 2000; 89(7): 1502-11.
9. Stranzl H, Peintinger F, Hacbl A. Phyllodes Tumor: an unexpected tumor of the breast. A report on six patients. Strahlenther Onkol. 2004; 180(3): 148-51.
10. Pandey M, Mathew A, Kattoor J. Malignant phyllodes tumor. Breast J. 2001; 7(6): 411-6
11. González Ortega JM, Alfaro Alonso R, Castellanos F. Angrosarcoma de la mama. Reporte de un Caso. Rev Méd Electrón. 1998 Sep; 20(3).
12. Baumhoer D, Gunawan D, Becker H. Comparative genomic hybridization in four Angiosarcoma of the female breast. Gynecol Oncol. 2005 May; 97(2): 348-52.
13. Griffa B, Basilico V, Clerici D. Angiosarcoma of the breast after conservative surgery and radio therapy for early breast carcinoma. Description of a case. Minerva Chir.2000;55(11):799-802.
14. Di Tommaso L, Fabri A. Cutaneous angiosarcoma arising after radio teraphy treatment of a breast carcinoma. Description of a case and review of the literature. Pathologica.2003; 95(4): 196-202.
15. Gherardi G, Rossi S, Perrone S. Angiosarcoma after breast-conserving therapy, fine-needle Aspiration biopsy, inmunocyto chemistry and clinico pathologic correlates. Cancer.2005; 105(3): 145-51.
16. Deutsch M, Safyan E. Angiosarcoma of the breast occurring soon after lumpectomy and breast irradiation for infiltrating ductal carcinoma. A case report. Am J Clin Oncol. 2003 Oct; 26(5): 471-2.
17. Anania G, Parodi PC, Sanna A. A radiation-induced angiosarcoma of the breast. Case report and self criticism of therapeutic approach. Ann Chir. 2002 May; 127(5): 388-91.
18. Mermershtain W, Cohen AD, Koretz M, Cohen Y. Cutaneous angiosarcoma of breast after lumpectomy, axillary lymph node dissection, and radio therapy for primary breast carcinoma: case report and review of the literature. Am J Clin Oncol. 2002 Dec; 25(6): 597-8.
19. Hanasono MM, Osborne MP, Dielubanza EJ. Radiation-induced angiosarcoma after mastectomy and TRAM flap breast reconstruction. Am Plast Surg. 2005 Feb; 54(2): 211-4.
20. Johnson CM, Garguillo GA. Angiosarcoma of the breast: A case report and literature review. Curr Surg . 2002 Sep-Oct; 59(5): 490-4.
21. Adhikan D, Hajdu S, Levine D. Post-radiation angisarcoma and bilateral mastectomy. Ann Clin Lab Sci. 2002;32(4): 428-33.
22. Le Bowdea. Stewart-Treves Síndrome, Inmuno-histochemical study. A propos of 2 cases. Presse Med. 1995 Apr 1; 24(13): 639-41.
23. Malard Y, De Lara C T, Mac Grogan . Primary breast sarcoma. A retrospective study of 42 patients treated during a 32 years period. J Gynecol Obstet. 2004 Nov; 33(7): 589-99.

24. Blanchard DK, Reynolds CA, Grant CS .Primary nonphyllodes breast sarcomas. *Am J Surg.* 2003 Oct;186(4): 359-61.
25. Mc Gowan TS, Cummings BJ, O'Sullivan B. An analysis of 78 breast Sarcoma patients without distant metastases at presentation. *Int J Radiat.* 2000 Jan 15; 46(2): 383-90.
26. Trent H JC, Benjamin RS, Valero V. Primary soft tissue sarcoma of the breast. *Curr Treat options Oncol.* 2001 Apr; 2(2): 169-76.
27. Shabahang M, Franceschi D, Sundaram M. Surgical management of primary breast sarcoma. *Am Surg.* 2002 Aug; 68(8): 673-7.
28. Zagars GK, Ballo MT, Pisters PW. Prognostic factors for patients with localized soft-tissue sarcoma treated with conservation surgery and radiation therapy: an analysis of 225 patients. *Cáncer.* 2003 May 15; 97(10): 2530-43.
29. Gogas J, Kouskos E, Markopoulos C. Carcinosarcoma of the breast. Report of two cases. *Eur J Gynecol Oncol.* 2003;24(1): 93-5.
30. Tokudome N, Sakamoto G, Sakai T. A case of carcinosarcoma of the breast. *Breast Cáncer.* 2005; 12(2): 149-53.

SUMMARY

The primitive breast sarcoma is a rare disease with an incidence of 0.5-1% among the malignant breast neoplasm. The world series include: Stromal Sarcomas, Malignant Cistosarcoma Fillodes and the angiosarcomas as entities very well known. The sarcomas tumors have a well defined clinical presentation: big tumors with progressive growing with not invasion to the deep tissues and is not frequent the telorragya, the nipple retraction or the skin like orange peel. The spread usually occurs by blood way so the axillary node spread is uncommon. The disease finally produce visceral spread principally to the lungs and bones. In the present paper we've made a bibliographyc revision on that topic, beside we presented the incidence and approach of this rare pathology at "Mario Muñoz Monroy" University Hospital of Colón, Matanzas Province, Cuba. We reviewed the clinical records of 540 patient who were operated on breast cancer in the period between January/1974 up to December/2005 and we found 7 cases of Sarcomas Tumors of the breast. We found an incidence of 1.2%, the age presentation was from 27 up to 62 years old. There was not bilaterality in our patients. All the axillary nodes were negatives of tumor spread. The surgical treatment must be at least of a Total Mastectomy taking care that the surgical dissection borders are negative of tumor because it seems to be the most important prognosis factor to get a better global survival in this kind of patients.

MeSH:
BREAST NEOPLASMS/epidemiology
BREAST NEOPLASMS/mortality
BREAST NEOPLASMS/surgery
SARCOMA/epidemiology
SARCOMA/mortality
SARCOMA/surgery
HUMAN
FEMALE
ADULT

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

González Ortega JM, Morales Wong MM, Gómez Hernández MM, López Cuevas ZC, Escaig Olivares RL, González Folch R. Tumores Mesenquimales de la mama.

Presentación de 7 casos..Rev méd electrón[Seriada en línea] 2008; 30(2).

Disponible en

[URL: http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202008/vol2%202008/tema_07.htm](http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202008/vol2%202008/tema_07.htm)[consulta: fecha de acceso]