

## Fibroadenoma gigante foliado (cystosarcoma phyllodes) \*

Dres. ALBERTO DEL CAMPO, LUIS CRESPO  
y Br. LUIS FALCONI

### INTRODUCCION

Esta entidad fue descrita en 1838 por Johannes Müller con el nombre de cystosarcoma phyllodes, nombre que perdura hasta la actualidad. Müller quiso significar con esta denominación el aspecto carnososo por zonas y quístico en otras del tumor (cystosarcoma) y fundamentalmente su estructura peculiar en los cortes de sección (phyllodes), semejante a una gran hoja vegetal, cuyas nervaduras estarían representadas por hendiduras dejadas entre sí por el intrincamiento de masas polipoideas que rellenan las cavidades quísticas.

De los múltiples nombres propuestos adoptamos el de fibroadenoma gigante foliado que recalca su tipo anatomopatológico, su carácter clínico más saliente, su habitual naturaleza benigna y su aspecto macroscópico de gran valor diagnóstico.

### Edad.

Su máxima frecuencia es en la vecindad de la menopausia (entre 45 y 55 años) con un promedio de 44,6 para Geschickter (4) y 45,1 para Haagensen (5). De aparición más tardía que el fibroadenoma (promedio 35 años) ha sido sin embargo descrito desde los 15 a 88 años.

Los casos bilaterales serían más frecuentes en jóvenes [Mac Donald (12)].

Frühling y Le Gal (2) consideran que es más frecuente en período genital activo.

En nuestros casos las edades extremas fueron 30 y 55 años. Promedio 44,4.

### Raza.

Alto porcentaje en la raza negra. Según Lester y Stout (11) en el 19%. Todas nuestras enfermas eran de raza blanca.

### Frecuencia.

Respecto al fibroadenoma las estadísticas varían. Las que cuentan con más número de casos, le asignan porcentajes del 2 a 2,5%. Según Lee y Pack (10), el 3% se verían en el sexo masculino.

Los casos bilaterales son considerados raros por la mayoría de los autores. Mac Donald presenta 4 casos bilaterales en un total de 13, pero evidentemente esta cifra no representa la realidad.

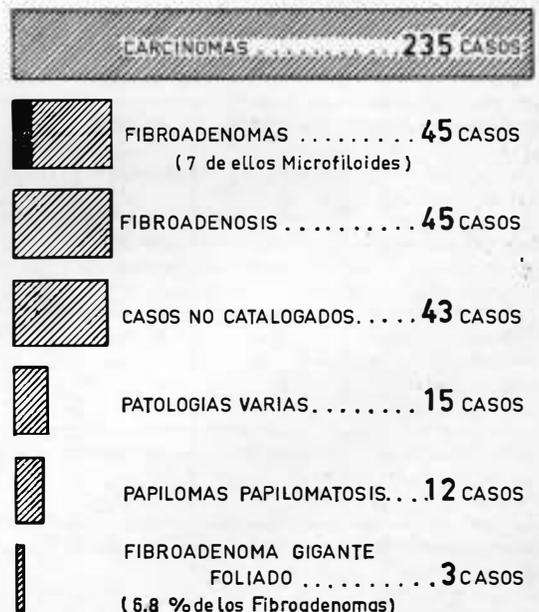
Las frecuencias relativas de nuestros casos están expresadas en el siguiente cuadro, basado en la patología mamaria del

CUADRO 1

### ESTADISTICA CORRESPONDIENTE A

#### 382 ENFERMOS

(ENGLoba 398 PATOLOGIAS, SIMULTANEAS O SUCESIVAS EN LAS CITADAS 382 ENFERMAS ).



\* Trabajo de la Clínica Quirúrgica "A", Prof. A. Chifflet.  
Presentado en la Sociedad de Cirugía del Uruguay en junio de 1964.

Hospital de Clínicas (para ello sólo utilizamos tres de nuestros cinco casos, que fueron los allí observados).

Nuestros cinco casos fueron unilaterales, todos se presentaron en el sexo femenino y uno de ellos fue clasificado anatomopatológicamente como sarcoma, presentando metástasis pulmonares a los seis meses de la intervención y falleciendo a los nueve meses de la misma.

### Antecedentes ginecológicos, obstétricos y mamarios.

La mayoría de los autores consultados no emiten conclusiones relativas a los antecedentes de estas enfermas, en general, por carecer de datos completos.

Lee y Pack valoran los trastornos de la lactancia en la metamorfosis del fibroadenoma al tumor foliado. Horton (6) y Pack y Ariel (13) opinan que los partos y lactancias repetidas estimularían dicha metamorfosis. No hay números al respecto. En nuestros casos no existen elementos definidos en ningún sentido.

### CLINICA

El motivo de consulta es el tumor mamario. Es frecuente que éste presente un crecimiento en dos tiempos. Una primera etapa de lento desarrollo o de aparente no desarrollo y luego una segunda etapa de crecimiento rápido (medido en meses) hasta alcanzar gran tamaño.

CUADRO 2

<i>Síntomas</i>	<i>C. R. de E. 50 años, bl.</i>	<i>T. Z. M. 38 años, bl.</i>	<i>J. B. de F. 49 años, bl.</i>	<i>S. P. B. 30 años, bl.</i>	<i>V. V. de G. 55 años, bl.</i>	<i>Resumen</i>
Motivo de ingreso.	Tumor de seno derecho.	Tumor de seno derecho.	Tumor de seno derecho.	Tumor de seno izq.	Tumor de seno derecho.	Motivo de ingreso: tumor de seno.
Epoca de aparición del tumor.	Hace 4 años (subareol.).	Hace 1 año.	Hace 3 meses.	Hace 5 meses (centro-mamario).	Hace más de 5 años.	Evolución total: de 3 meses a más de 5 años.
Forma de crecimiento.	Lento y progresivo.	Rápido.	1ª estación. 2º crecim. progresivo el último mes.	1º progresivo y lento. 2º crecim. rápido el último mes.	1ª estación. 2º crecim. rápido los últimos 6 m.	Forma de crecimiento: en dos tiempos en 3 casos; unificado en 2 casos.
Dolor.	No.	No.	No.	No.	No (prurito).	Ningún caso presentó dolor.
Sensación de peso.	Se ignora.	Se ignora.	No.	Si.	Si.	Sensac. de peso: + en 2 casos. — en 1 caso. ? en 2 casos.
Secreción por pezón	No.	Se ignora.	No.	No.	No.	Secreción pezón: — en 4 casos. ? en 1 caso.
Síntomas cutáneos.	No.	Se ignora.	Rubor fugaz.	No.	Tres zonas se ulceran sucesivamente.	Sínt. cutáneos: — en 2 casos. + en 2 casos. ? en 1 caso.
La otra mama.	Normal.	Se ignora.	Normal.	Normal.	Normal.	La otra mama: Normal en 4 c. ? en 1 caso.
Síntomas generales.	No.	Se ignora.	No.	No.	No.	Sínt. generales: Normal en 4 c. Se ignora en 1 c.

Las etapas de crecimiento engloban un período de años (siete años para Lee y Pack).

¿Cuál es la naturaleza de este tumor previo de lenta evolutividad? La mayoría de los autores lo interpretan como un fibroadenoma intracanalicular.

La existencia de tumores denominados microfilodes o miniatura (tumor de pequeño volumen, indiferenciable clínicamente de un fibroadenoma vulgar, pero similares macro y microscópicamente a la forma gigante), nos obliga a pensar que lo que precede a la forma gigante es el mismo tumor en su forma miniatura.

Como otros síntomas anotados se cuentan: la sensación de peso, la aparición de

síntomas cutáneos, que analizaremos luego y la ausencia de secreción por el pezón, de dolor y de repercusión general del proceso.

De nuestros casos veremos el siguiente esquema (ver cuadro 2).

**Examen físico.**

Tumor de gran volumen; puede alcanzar tamaño gigantesco (hay casos de hasta 20 kilogramos). Forma redondeada o polilobulada, a límites netos. Superficie irregular. Su consistencia es variable por zonas: coexisten en el mismo tumor zonas firmes y aun duras, con otras blandas, fluctuantes, quísticas. La movilidad del tumor se mantiene en su evolución, no

CUADRO 3  
RELATIVO AL TUMOR

Examen físico	C. R. de E. 50 años, bl.	T. Z. M. 38 años, bl.	J. B. de F. 49 años, bl.	S. P. B. 30 años, bl.	V. V. de G. 55 años, bl.	Resumen
Volumen.	Cabeza de niño peq. (2 kilog.).	10 cm. de diámetro	15 cm. de diámetro	12 cm. de diámetro	18 cm. por 25 cm.	Volumen grande (10 cm. a 18-25 cm.).
Forma.	Se ignora.	Polilobul.	Redondeado.	Polilobul.	Polilobul.	Forma: Polilob., 3 casos. Redond., 1 caso. ? en 1 caso.
Límites.	Se ignora.	Se ignora.	Netos.	Netos.	Netos. Nódulo sat. externo (axilar).	Límites: Netos en 3 casos. ? en 2 casos.
Topografía.	Todo el seno.	Cuadrantes externos y subareolares.	Todo el seno.	Todo el seno.	Súperoext. desbord. en todo sentido.	Topografía: Total en 3 casos. Parc. en 2 casos.
Superficie.	Polilobul.	Irregular.	Irregular.	Polilobul.	Polilobul.	Superficie: Polilob., 3 casos. Irregul., 2 casos.
Consistencia.	Zonas duras otras blandas.	Se ignora.	Firme y homogénea.	Zonas firmes. " blandas.	Zonas firmes. " blandas	Consistencia: F - B en 3 casos. Firme en 1 caso. ? en 1 caso.
Movilidad.	Móvil.	Móvil.	Móvil.	Móvil.	Móvil.	Movilidad: Móvil en 5 casos.
Sensibilidad.	Se ignora.	Se ignora.	Indoloro.	Indoloro.	Indoloro.	Sensibilidad: Indoloro en 3 c. ? en 2 casos.
Secreción por pezón.	No.	Se ignora.	No.	No.	No.	Secreción pezón: — en 4 casos. ? en 1 caso.

**CUADRO 4**  
**SINTOMAS CUTANEOS**

<i>Examen físico</i>	<i>C. R. de E. 50 años, bl.</i>	<i>T. Z. M. 38 años, bl.</i>	<i>J. B. de F. 49 años, bl.</i>	<i>S. P. B. 30 años, bl.</i>	<i>V. V. de G. 55 años, bl.</i>	<i>Resumen</i>
Movilidad de la piel.	Zonas adheridas al tumor.	Libre.	Libre.	Libre distendida.	Poco móvil por zonas.	Libre en 3 casos. Adher. en 1 caso. Poco móvil, 1 c.
Piel de naranja.	Se ignora.	Se ignora.	No.	Sí (distend.).	No.	Piel de naranja: + en 1 caso. — en 2 casos. ? en 2 casos.
Capitonaje.	Se ignora.	Se ignora.	No.	No.	No.	Capitonaje: — en 3 casos. ? en 2 casos.
Umbilicación del pezón.	No.	Sí.	Sí (leve).	Sí (cong.).	No.	Umbilic. pezón: — en 2 casos. + en 2 casos. Cong. en 1 caso.
Ulceración.	Sí.	Se ignora.	No.	No.	Sí: 3 ulcerac. sucesivas.	Ulceración: + en 2 casos. — en 2 casos. ? en 1 caso.
Circulación colateral.	Sí.	Se ignora.	Sí.	Sí (intensa).	Sí.	Circ. colateral: + en 4 casos. ? en 1 caso.
Edema.	Se ignora.	Se ignora.	No.	No.	Sí (en las zonas periulcerosas).	Edema: — en 2 casos. + en 1 caso. ? en 2 casos.
Rubor.	Sí (por zonas).	Se ignora.	Sí.	No.	Sí.	Rubor: + en 3 casos. — en 1 caso. ? en 1 caso.
Calor.	Se ignora.	Aumentado.	Normal.	Aumentado.	Aumentado.	Calor: Aument. en 3 c. Normal en 1 c. ? en 1 caso.
La otra glándula mamaria.	Normal.	Se ignora.	Normal.	Pezón umbil. congénito.	Normal.	La otra glándula: Normal en 3 c. Pez. umb. en 1 c. ? en 1 caso.
Zonas ganglionares.	Normal.	Normal.	Normal.	Adenopatía axilar banal (citop.).	Normal.	Zonas gangl.: Norman en 4 c. Aden. banal 1 c.
Resto del examen.	Normal.	Se ignora.	Normal.	Normal. Codo: secuela.	Normal.	? en 1 caso. Examen general: Norman en 4 c.

adhiriendo a los planos profundos ni superficiales. Dicha movilidad puede verse limitada por el volumen de la masa tumoral. Indoloro al tacto. No hay secreción por el pezón.

Ocasionalmente se observan nódulos independientes del tumor principal, nódulos de crecimiento satélite.

### Síntomas cutáneos.

La movilidad de la piel sobre el tumor está conservada, aunque puede estar limitada por la distensión cutánea presente en los tumores de gran volumen. No hay adherencias cutáneas.

No existe umbilicación del pezón (que puede estar aplanado) ni otros elementos de retracción. Uriburu (14) cita como posible la existencia de piel de naranja. La piel puede presentarse global o zonalmente lisa, reluciente, seca, con descamación furfurácea y su coloración varía del rojo al cianótico o lívido. Es muy frecuente la circulación colateral, que adquiere en algunos casos gran desarrollo. En oportunidades la piel se ulcera por distensión y necrosis isquémica, en cuyo caso se presenta decolada del tumor (diferencia con el neoplasma ulcerado) y pueden aparecer adenopatías banales, inflamatorias. La ulceración no es un elemento pronóstico, viéndose en las formas benignas tanto como en las malignas. Lee y Pack citan 21 casos ulcerados de naturaleza benigna.

### Regiones ganglionares.

En general no existen adenopatías. Estas pueden verse en las formas ulceradas



FIG. 1.

y ser de naturaleza inflamatoria. Los casos con transformación sarcomatosa dan raramente metástasis axilares. Los nódulos de crecimiento satélite pueden por su topografía hacer pensar en adenopatías.

Los datos del examen correspondiente a nuestros casos se expresan en el cuadro 4.



FIG. 2.

### Anatomía patológica.

Tumor circunscripto, generalmente encapsulado. El aspecto macroscópico al corte es característico: una estructura casi uniformemente sólida, compacta, de color gris-rosado, surcada por bandas grisáceas; con un dibujo foliado, dado por delgadas hendiduras que corren en todas direcciones.

Por zonas es fibroso, en otras gelatinoso, filante o edematoso, succulento y a veces hemorrágico. Focos de necrosis son frecuentes en los tumores voluminosos. Muy característica es la presencia de cavidades quísticas, constantes; a veces inaparentes, por estar rellenas por formaciones polipoideas que las deforman y distienden. La forma de estas proyecciones intracavitarias es variada e irregular: planas, discoides, globulosas, papilares delgadas. Pueden implantarse en toda la extensión de la pared quística y llegan a ser tan numerosas que al comprimirse mutuamente adoptan disposición en hojas de libro. Las cavidades quísticas contienen líquido seroso, a veces hemorrágico.

Microscópicamente, estructura similar al fibroadenoma intracanalicular, pero con marcada tendencia a las formaciones quísticas. El principal componente tumoral ac-

tivo es el tejido conjuntivo, que aparece en zonas laxo, con abundantes células y sustancia fundamental o fibroso, con el aspecto de un tejido más maduro. El tejido laxo puede adoptar un aspecto de tejido mixoide. Este aspecto tisular es habitual en contacto con el epitelio que recubre las cavidades, o tapiza las proyecciones papilomatosas. El

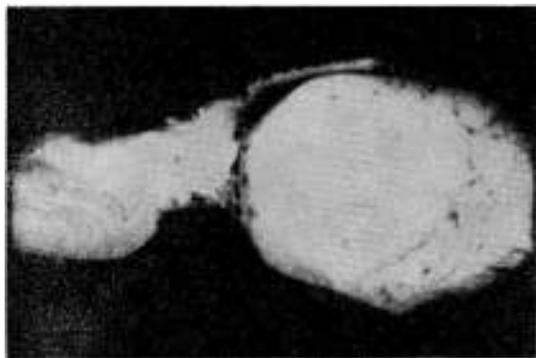


FIG. 3.

ticéntricos satélites al foco tumoral principal; la proliferación del mesénquima del eje de las vegetaciones, con aumento de su celularidad y signos de atipia celular y la simplificación de la estructura tisular del tumor.

La presencia de focos multicéntricos no es una manifestación de potencial maligno,

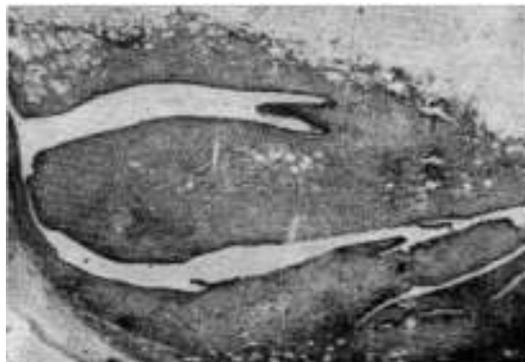


FIG. 4.

fibroso, en cantidad variable, es dable observarlo en la base de estas proyecciones intraquísticas.

El epitelio que acompaña el crecimiento tumoral mesenquimático es cúbico, mono o biseriado, recubre las papilas y cavidades quísticas y forma túbulos aislados, en medio de las áreas sólidas compactas del tumor.

Es frecuente, y muchas veces inquietante para el patólogo, el hallazgo de áreas más o menos extensas del tumor en las que se observa una hiper celularidad del conjuntivo tumoral, con atipias, incluso mitosis, que pueden llevar a un falso diagnóstico de malignidad biológica.

### Criterio de malignidad.

Es un punto en discusión.

El criterio seguro de malignidad se basa en la existencia de áreas de tipo francamente sarcomatoso, fusocelular o a células redondas, pero que incluso puede adoptar el aspecto de lipo, condro u osteosarcoma; unido a la invasión de la cápsula, etc.

Frühling cita como elementos de probable evolución maligna, en ausencia de los ya citados, la comprobación de focos mul-

sino de una capacidad tumorigénica del terreno en que se origina el tumor. A lo más, posibilita la recidiva.

Habitualmente estos tumores oscilan en su citoarquitectura entre el extremo de absoluta inocencia y francos signos de malignidad.

Es difícil y no siempre seguro, basados en el cuadro histológico, prever el comportamiento biológico de estos tumores: francos aspectos benignos han correspondido a casos que se comportaron en la evolución como malignos.



FIG. 5.

Es muy raro que el componente epitelial adopte una evolución maligna y excepcional que la adopten ambos componentes.

### Radiología.

La radiografía simple de mama lo presenta con caracteres de tumor benigno y como hecho fundamental la ausencia de elementos de malignidad [Leborgne (7, 8, 9)].

Son tumores de bordes bien limitados, netos, a veces polilobulados. En general no presentan calcificaciones. Si existen son similares a las del fibroadenoma: escasas y de mayor tamaño que las del neoplasma. Planos cutáneos, pezón y aréola normales. La forma microfilodes o miniatura es indistinguible radiológicamente del fibroadenoma banal.

Gershon-Cohen y Moore (3) distinguen como otras imágenes probables la de una zona radiolúcida, rodeada por otra densa, de aspecto sólido. En sus casos este aspecto correspondía a áreas necrosadas en el estudio anatomopatológico. Los citados autores encontraron en dos casos zonas de borde espiculado, difundiéndose hacia la vecindad y ambos pertenecían a la forma sarcoma.

Son de rigor los estudios radiológicos de tórax y la panorámica de esqueleto o enfoques de esqueleto en zonas sospechosas por la clínica.

### Biopsia.

Haagensen resta valor a la biopsia para catalogar el caso de benigno o maligno. Las limitaciones en el juicio están dadas por lo parcial del examen y el riesgo de tomar zonas de poca significación para el diagnóstico. La biopsia puede servir para catalogar algún caso.

En la duda diagnóstica entre fibroadenoma gigante y otro tumor mamario la incisión sobre la masa tumoral es de valor diagnóstico (dado su típico aspecto), pero el estudio por congelación difícilmente pueda decidir sobre la naturaleza benigna o maligna del mismo.

### DIAGNOSTICO

El diagnóstico es clínico. Los elementos fundamentales del mismo son: tumor voluminoso de larga evolución y desarrollo

en dos tiempos, con zonas de variada consistencia, móvil y frecuentemente con llamativos elementos cutáneos: circulación colateral y cambios de color.

En nuestros cinco casos, el primer diagnóstico fue el de fibroadenoma gigante. En



FIG. 6.

tres de ellos se pensó en la posibilidad de que se tratara de un sarcoma.

Es excepcional que se plantee el diagnóstico diferencial con carcinomas mamarios. Cuando estos tumores tienen volumen importante, presentan en la generalidad de los casos, claros elementos diagnósticos de su naturaleza de tales.

Sin embargo hay casos de difícil diagnóstico. En una oportunidad, frente a un voluminoso tumor mamario de lenta evolución, pensamos en fibroadenoma gigante.

La anatomía patológica demostró que se trataba de un cistoadenocarcinoma papilífero.

Es difícil el diagnóstico con otros tumores conjuntivos: con el sarcoma de mama

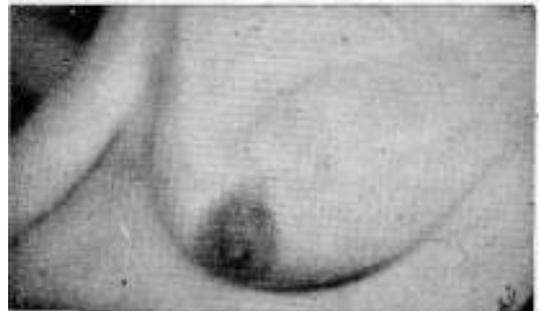


FIG. 7.

y con el mesenquimoma, del que tenemos una observación, que diagnosticamos como fibroadenoma gigante.

El diagnóstico de la forma benigna o maligna de fibroadenoma gigante no es posible clínicamente, excepto en los casos de invasión regional o metástasis ostensibles.

De nuestros casos, uno presentó la transformación sarcomatosa, sin que existieran elementos clínicos que permitieran sospecharlo.

En suma: el diagnóstico de fibroadenoma gigante es clínico. Unas veces seguro y en otras fuertemente presuntivo. Puede y debe ser complementado con los estudios radiológicos enunciados.

Hemos practicado la citopunción. No nos confirma el diagnóstico de fibroadenoma gigante. Puede afirmar la existencia de un carcinoma no diagnosticado.

Si con estos elementos la duda persiste, completaremos el estudio con la incisión sobre el tumor en el acto quirúrgico, como elemento previo a la decisión terapéutica.

## TRATAMIENTO

Diferentes conductas han sido planteadas, desde la resección simple a la mastectomía radical con radioterapia postoperatoria.

Creemos que la mastectomía simple es la conducta de elección. Pone al abrigo de futuras recidivas. No sabemos en cuanto beneficiarían las formas malignas (sarcoma) de la ampliación de la resección en el sentido celulo-linfático.

La radioterapia es considerada ineficaz por la mayoría de los autores.

En nuestros casos se practicó la mastectomía simple en tres casos y terapéuticas más amplias en los dos restantes (mastectomía subradical tipo Mérola en uno y Halsted en el otro).

## PRONOSTICO

En relación con la forma benigna o maligna.

La frecuencia de éstas es apreciada diferentemente: en general benigno para Lee y Pack y por lo tanto de buen pronóstico, es considerado por otros (Horton, Frühling) con mayores reservas.

La transformación maligna se hace en el sentido del sarcoma. Los porcentajes varían con los autores (2,8% para Haagenzen, 18,4% para Geschickter, para citar las cifras extremas).

La forma sarcomatosa disemina como todo sarcoma de mama. Metástasis frecuentes en pulmones, huesos y peritoneo. Excepcionales metástasis ganglionares (hecho discutido por algunos autores); sólo recogimos dos casos en la literatura consultada.

## RESUMEN

A propósito de cinco casos de fibroadenoma gigante de la glándula mamaria se hacen consideraciones sobre sus características clínicas más salientes: unilateralidad, crecimiento en dos tiempos, volumen importante con movilidad conservada y presencia de alteraciones cutáneas, que pueden llegar a la ulceración. Se analizan sus caracteres radiológicos, anatomopatológicos y diagnósticos. Se jerarquizan las dificultades diagnósticas entre las formas benignas (las más frecuentes) y las malignas, recomendándose como tratamiento de elección la mastectomía simple.

## RÉSUMÉ

A propos de cinq cas de fibroadénome géant de la glande mammaire, des considérations sont faites sur leurs caractéristiques cliniques les plus saillantes: unilatéralité, croissance en deux temps, volume important avec mobilité conservée et présence d'altérations cutanées, pouvant aboutir à l'ulcération. On analyse leurs caractères radiologiques, anatomo-pathologiques et diagnostics. On hiérarchise les difficultés diagnostiques entre les formes bénignes (les plus fréquentes) et les malignes, et l'on recommande comme traitement de choix, la mammectomie simple.

## SUMMARY

Five cases of giant fibroadenoma of the breast are reported. Their outstanding characteristics are: unilaterality, development in two times, important size with preserved movility and cutaneous altera-

tions, which may produce ulceration. Radiological and anatomic pathological characteristics and diagnosis are analyzed. The difficult diagnosis among benign (the most frequent ones) and malignant formations are emphasized. The best procedure will be therefore, simple mastectomy.

## BIBLIOGRAFIA

1. DESAIVE, P. y BETZ, H.: Considérations anatomo-cliniques a propos de l'évolution maligne du fibro-adéno-mixome intracanalicular géant du sein; type phyllode de Johann Müller. *Presse Med.*, Paris, 63: 629, 1955.
2. FRUHLING, L. y LE GAL, Y.: La transformation sarcomateuse de la tumeur phyllode. *J. Chir.*, Paris, 70: 17, 1954.
3. GERSHON-COHEN, J. y MOORE, L.: Roentgenography of giant fibroadenoma of the breast (cystosarcoma phylloides). *Radiology*, Syracuse, 74: 619, 1960.
4. GESCHICKTER, C. F.: *Diseases of the breast; diagnosis, pathology treatment*. Philadelphia, J. B. Lippincott, 1947, 829 p.
5. HAAGENSEN, C. D.: *Diseases of the breast*. London, Saunders, 1956, 751 p.
6. HORTON, C. E. y BAKER, J. M.: Cystosarcomatoid phylloides. *Amer. J. Surg.*, New York, 80: 896, 1950.
7. LEBORGNE, R.: *The breast in roentgen diagnosis*. Montevideo, Imp. Uruguay, 1953, 194 p.
8. -----: Diagnóstico radiológico de los tumores mamarios. *Congreso Uruguayo de Cirugía 3º*, 200-205, 1960. v. 2.
9. -----: Modificaciones canaliculares en los procesos tumorales benignos. *Arch. Ginec. Obstet.*, Montevideo, 3: 69, 1944. Reproducción de LEBORGNE, R.: *Estudio radiológico del sistema canalicular de la glándula mamaria normal y patológica*. Montevideo, J. García Morales, 1943, cap. 4.
10. LEE, B. J. y PACK, G. T.: Giant intracanalicular fibro-adenomixoma of the breast. The so-called cystosarcoma phylloides mammae of Johannes Müller. *Amer. J. Cancer*, New York, 15: 2583, 1931.
- LESTER, J. y STOUT, A. P.: Cystosarcoma phylloides. *Cancer*, Philadelphia, 7: 335, 1954.
12. McDONALD, J. R. y HARRINGTON, S. W.: Giant fibro-adenoma of the breast. "Cystosarcoma phylloides". *Ann. Surg.*, Philadelphia, 131: 243, 1950.
13. PACK, G. T. y ARIEL, J. M.: *Treatment of cancer and allied diseases*. New York, P. B. Hoeber, 1960. v. 4, p. 78.
14. URIBURU, J. V.: *La mama; estructura, patología, diagnóstico y tratamiento*. Buenos Aires, Científica Argentina, 1957. p. 219-222.

## DISCUSION

*Dr. A. R. Ardao:* Los autores han hecho un estudio muy completo del cistoadenoma gigante de mama. Solamente le quería aportar para su estadística, un caso de la Clínica del Prof. Bermúdez. Hace muy poco tiempo, se operó una enferma portadora de un voluminoso tumor mamario de muy larga evolución; fue intervenida en dos o tres oportunidades con recidivas sucesivas; el estudio histopatológico mostró un tumor filodes con transformación maligna carcinomatosa. Se realizó en esa enferma una mastectomía con vaciamiento axilar y en los ganglios no se encontró metástasis. Había una transformación local de tipo carcinomatosa.