



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
SECCIÓN DE POSGRADO

**CARACTERÍSTICAS CLINICOHISTOPATOLÓGICAS DE TUMOR  
PHYLLODES DE MAMÁ  
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS  
2005-2016**

PRESENTADA POR  
**JOSÉ EDUARD BANDA MEDINA**

ASESOR  
MGTR. DORIS MEDINA ESCOBAR

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN  
PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN CIRUGÍA  
ONCOLÓGICA

LIMA – PERÚ  
2019



**Reconocimiento - No comercial - Compartir igual  
CC BY-NC-SA**

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
SECCIÓN DE POSGRADO**

**CARACTERÍSTICAS CLINICOHISTOPATOLÓGICAS DE TUMOR  
PHYLLODES DE MAMÁ  
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS  
2005-2016**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

**PARA OPTAR**

**EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN CIRUGÍA  
ONCOLÓGICA**

**PRESENTADO POR**

**JOSÉ EDUARD BANDA MEDINA**

**ASESORA**

**MGTR. DORIS MEDINA ESCOBAR**

**LIMA, PERÚ**

**2019**

## ÍNDICE

	<b>Pág.</b>
Portada	i
Índice	ii
<b>CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>3</b>
1.1 Descripción del problema	3
1.2 Formulación del problema	5
1.3 Objetivos	6
1.4 Justificación	6
1.4 Viabilidad y factibilidad	6
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	<b>8</b>
2.1 Antecedentes	8
2.2 Bases teóricas	11
2.3 Definición de términos básicos	14
<b>CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES</b>	<b>15</b>
3.1 Formulación de la hipótesis	15
3.2 Variables y su operacionalización	19
<b>CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA</b>	<b>19</b>
4.1 Tipo y diseño	19
4.2 Diseño muestral	20
4.3 Técnicas y procedimientos de recolección de datos	21
4.4 Procesamiento y análisis de datos	21
4.5 Aspectos éticos	
<b>CRONOGRAMA</b>	<b>22</b>
<b>PRESUPUESTOS</b>	<b>23</b>
<b>FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	<b>24</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>26</b>
1. Matriz de consistencia	26
2. Instrumentos de recolección de datos	29

## CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.1 Descripción del problema

De acuerdo a Globocan 2012, a nivel mundial el cáncer de mama es el primero en frecuencia en mujeres (un millón 671 mil 149 nuevos casos, 25.1% del total) y también el primero más frecuente a nivel general entre hombres y mujeres.

En América Latina y el Caribe, es la segunda neoplasia maligna más frecuente en ambos sexos, y la primera en las mujeres, con una incidencia estandarizada por edad cercana a 40 casos por cada 100 000 mujeres; sin embargo, se ubica en primer lugar en importancia en mortalidad<sup>1</sup>.

Existe mayor riesgo de tumor *phyllodes* (TP) en las mujeres latinas en comparación con otros grupos raciales. Siendo las mujeres que nacieron en Latinoamérica las que tienen un riesgo tres veces mayor de padecer esta patología<sup>2</sup>.

En el Perú, de acuerdo a los resultados de los registros de cáncer poblacionales de Lima, Trujillo y Arequipa, se ha estimado que en el año 2012 habían ocurrido 3952 casos nuevos y fallecieron 1208 mujeres por esta causa. En el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), para el período 2013, se sitúa en el segundo lugar con un registro de 1232<sup>1</sup>.

El cáncer de mama es la segunda causa de muerte en mujeres relación a otros y afecta a una de cada nueve. La estirpe epitelial corresponde a la mayoría de casos siendo el más frecuente el carcinoma ductal. Los tumores no epiteliales son linfomas, melanomas malignos y sarcomas; por lo que uno de los más raros es el TF<sup>2</sup>.

Estas neoplasias son de consistencia foliada, compuestas por tejido conjuntivo y elementos parecidos al fibroadenoma diferenciándose por la mayor cantidad de células del tejido conjuntivo.

Representan el 0,3 a 1% de los tumores mamarios y el 1 a 2,5% de los fibroepiteliales<sup>2</sup>. La incidencia anual en la población general es de 2,1 x millón de habitantes, aumentando en la población latina a 2,8 x millón de personas. Aparecen usualmente entre los 35 y 55 años, y es rara su presentación en varones<sup>4,5</sup>.

En 1981, la Organización Mundial de la Salud adoptó el término de tumor phyllodes y lo subclasificó como benignos, borderline o malignos. Entre un 35 a 64% son benignos y el resto subdividido en los otros<sup>3</sup>.

Se presentan clínicamente como tumores muy grandes, generalmente mayores de 5 cm, no dolorosos, consistencia dura, superficie multilobulada, muy delimitados, presentan movilidad, pero no comprometen piel ni capas mas profundas. Se asocian con adenopatías axilares inflamatorias en 17% y metastásicas en un 1%. Es poco frecuente la diseminación sistémica y compromete generalmente los pulmones, huesos, al hígado y al cerebro<sup>4</sup>.

Menos de la mitad de los casos presentan signos de malignidad histológica y menos del 5% dan lugar a ganglios linfáticos metastásicos palpables<sup>6</sup>.

El TF se encuentra comúnmente en la mama derecha, siendo bilateral en una tercera parte de los casos. El 35% de los tumores se localiza en el cuadrante superior externo, 15% en el superior interno, del 10 al 25% en el inferior externo y menos del 10% en el cuadrante inferior interno; se encuentra de forma multicéntrica en el 35% de los pacientes.

Estudios de ecografía y mamografía no establecen datos concluyentes; por tanto, debe recurrirse al estudio histopatológico <sup>7</sup>. La mamografía establece un diagnóstico definitivo solo en la tercera parte de los casos, ecográficamente la necrosis intratumoral es la característica principal del tp maligno.

El diagnóstico mediante biopsia con aguja fina se establece en un 70% de los casos con una tasa de falsos-negativos es aproximadamente 40%. Sin embargo, el método de elección para su diagnóstico (sensibilidad de 95 a 97%) es la biopsia con aguja trucut <sup>7</sup>.

El tratamiento de elección es la resección local, con márgenes menores de 1 cm. El pronóstico varía en función del tipo de neoplasia benigna, fronteriza o maligna, la tasa de supervivencia libre de enfermedad a 5 años en pacientes con tumores malignos es del 80%<sup>6,7</sup>. La presentación maligna tiene un pronóstico desalentador, desarrollarán metástasis a distancia el 20% de los casos, de preferencia pulmón, los huesos y cerebro, raramente afectan al corazón o hígado<sup>8</sup>.

## **1.2 Formulación del problema**

¿Cuáles son las características clinicohistopatológica de tumor *phyllodes* de mama en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas en el periodo 2005–2016?

## **1.3 Objetivos**

### **1.3.1 Objetivo general**

Conocer las características clinicohistopatológica de tumor *phyllodes* de mama en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas en el periodo 2005–2016

### **1.3.2 Objetivos específicos**

Identificar las características clínicas de tumor *phyllodes* de mama en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas en el periodo 2005-2016.

Identificar las características histológicas de tumor *phyllodes* de mama en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas en el periodo 2005-2016.

Identificar las características patológicas de tumor *phyllodes* de mama en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas en el periodo 2005-2016.

## **1.4 Justificación**

El cáncer de mama ocupa el segundo lugar dentro del registro de neoplásicas en mujeres según la oficina de estadística del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

El tp representa el 0,3 a 1% de los tumores mamarios y el 1 a 2,5% de los tumores fibroepiteliales. La incidencia anual en la población general es de 2,1 x millón de habitantes, aumentando en la población latina a 2,8 x millón de personas.

Uno de los principales problemas a resolver cuando se diagnostica un tumor *phyllodes* es identificar en él un potencial maligno siendo la determinación de las características histopatológicas indispensable

para separar los tumores benignos de los malignos. Sin embargo, no existen criterios definidos o patrones de referencia para los parámetros histopatológicos individuales. Por tanto, el diagnóstico basado en la morfología sigue siendo un reto.

En nuestro medio no se cuenta con un registro exacto de la incidencia, descripción de las características clínicas, histológicas y patológicas del tp. Por lo que, ante una baja incidencia y extrema gravedad de dicha patología, es necesario su documentación para conseguir protocolos diagnósticos y terapéuticos que mejoren su pronóstico.

## CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

### 2.1 Antecedentes

Torres I, et al. en su estudio tumor *phylloides* de la mama caracterización en la provincia Cienfuegos estudio de 20 años, de tipo descriptivo prospectivo observacional. Cuba. 1987–2006. El objetivo fue ver las características clínicas y patológicas de los tp operados durante 20 años. Se realizó el seguimiento anual de 57 casos en consulta antes y después de la cirugía. Los resultados obtenidos fueron que se operaron 57 tumores los cuales representaron 2.9% de todos los tumores fibroepiteliales de mama que fueron operados. El porcentaje encontrado en el estudio se encuentra dentro de lo descrito en la bibliografía<sup>7</sup>.

Cabrera G, et al. en su estudio tumor *phylloides* de la mama. De tipo descriptivo retrospectivo observacional. El objetivo del estudio fue caracterizar patológica y clínicamente los tumores diagnosticados. Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo observacional de las pacientes diagnosticadas con este tumor de mama. Un total de 2000 pacientes con tumores de mamas fueron operados en este periodo, en 82 mujeres (4,1%), el diagnóstico histopatológico fue de tp, de estas 6 de forma bilateral, 48 (58,53%), presentaron afectación de la mama derecha, 70 fueron benignos (85,36%), 5 malignos (6,09%), y 7 borderline (8,53%). El estudio concluyó en que el tp es poco frecuente, que afectó principalmente a mujeres menores de 50 años, el tratamiento de elección es la cirugía<sup>9</sup>.

Huamán N en su estudio correlación clínico patológica del tumor *phylloides* de mama, en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins entre 1990-1999. De tipo descriptivo prospectivo observacional. El objetivo fue determinar si el tipo

histológico es el factor más importante en la recurrencia del tp. Se realizó la revisión de las historias clínicas y láminas de patología. El tratamiento quirúrgico fue conservador en la mayoría de casos, se realizó tumorectomía en 80 casos (88.9%), especialmente para tp benigno; se realizó mastectomía en 10 casos (11.1%), especialmente cuando el tp fue maligno. Se encontraron 19 casos de recurrencia (21.1%), 14 casos correspondieron al benigno (18%), 1 caso al *borderline* (16%) y 4 casos (44%) a maligno. El estudio concluyó que la recurrencia local es un evento que no depende del tipo histológico, la edad, ni tamaño<sup>11</sup>.

Venter A, Roşca E, Daina L, et al., cuyo objetivo del estudio fue diagnosticar por imagen y correlacionar con los hallazgos histopatológicos. Se agruparon los 9 pacientes que presentaban nódulos clínicamente palpables en dos grupos, a saber: los 6 pacientes que se presentan los resultados histológicos benignos en el grupo I y grupo II en donde incluimos aquellos con resultados histológicos *borderline* o maligno. La mamografía se realiza en un 77,7% reveló una ronda bien circunscrita u opacidad ovalada o con lóbulos de contorno. La ecografía se realizó en todos los pacientes. El examen histopatológico se considera el estándar de oro para su diagnóstico. El estudio encontró que no fueron concluyentes las correlaciones entre los aspectos mamográficos y microscópicos para determinar el grado de diferenciación<sup>11</sup>.

Santos y colaboradores. En su estudio: tumor filodes de la mama: características clínicas, en imagen y anatomopatológicas a propósito de 18 casos. Estudio de tipo descriptivo; se revisaron 18 casos de tp, diagnosticados histopatológicamente durante el período de 6 años, recogiendo los datos radiológicos, clínicos y evolutivos. El rango de edad se encontraba entre 21

y 78 años, con una media de 46.4 años. Los casos se presentaron como nódulo palpable, indoloro y fibroelástico excepto uno que lo hizo como mastitis sobre tumoración; 55,6% se localizaron en la mama izquierda<sup>12</sup>.

Muñoz V, en su estudio tumor filodes asociado a carcinoma. Reporte de dos casos y revisión de la bibliografía, el objetivo fue reportar dos casos de tp asociado a carcinoma ductal. Se realizó la cirugía encontrándose en la patología tp asociado a carcinoma ductal in situ en el caso clínico 1 y el caso 2 asociado a carcinoma ductal. El estudio concluyó que el tp asociado a carcinoma ductal in situ o infiltrante es una entidad muy poco frecuente, presentación, estudio y seguimiento de estos pacientes es imprescindible<sup>6</sup>.

Heron S et al, en su estudio tuvo como objetivo del estudio fue la presentación de dos casos de tumor filodes, encontrándose como resultado que la presentación fue en edad jóvenes de 32 y 38 años; el diagnóstico histológico definitivo fue de tp maligno en el primer caso y de bajo grado de malignidad que alcanza bordes quirúrgicos. El estudio concluyó que el tratamiento debe individualizarse según las características de la tumoración y en todos los casos será quirúrgico con al menos exéresis del tumor y márgenes libres<sup>7</sup>.

Whant T, et al. en su estudio, cuyo objetivo fue presentar el caso de dos hermanas el resultado histopatología de la hermana menor reveló un tp maligno mientras que la hermana mayor fue diagnosticada con tp *bordeline*. Después de un seguimiento de 23 meses, no se observó recurrencia local o distante<sup>8</sup>.

## 2.2 Bases teóricas

La neoplasia maligna de mama aqueja a una cada nueve féminas siendo segunda causa de fallecimientos relacionados al cáncer. La mayoría corresponde a su estirpe epitelial, siendo el más común el carcinoma ductal.

Las neoplasias no epiteliales son los sarcomas, los linfomas y melanomas malignos. Siendo el TF uno de los raros, representando menos del 1% de todas las neoplasias de mama y 2 a 3% de las tumoraciones fibroepiteliales<sup>1, 15,16</sup>.

Es un tumor raro, representa el 0.3 al 1% de las neoplasias mamarias y el 2 a 3% de los tumores fibroepiteliales de la mama. Procede del estroma mamario intralobulillar, está compuesto de tejido conectivo y epitelial. Presentando el mismo origen que el fibroadenoma y es difícil distinguirlo incluso histológicamente. Algunos autores piensan que hasta un 50% de tp se desarrollan sobre adenomas<sup>14</sup>.

Sus características epidemiológicas no son muy bien conocidas, con una edad promedio de aparición de 45 años, presentado un rango desde los 10 hasta los 82 años de edad<sup>15</sup>.

Los subtipos del tp pueden ser benigno, borderline o maligno, dependiendo de sus características como afectación de tejidos adyacentes, necrosis tumoral, crecimiento estromal excesivo, atipias celulares o alto número de mitosis por campo<sup>10</sup>.

Su manifestación clínica es la presencia de tumoraciones voluminosos, en su amplia mayoría más de 5 cm, con una consistencia dura, no manifiestan dolor, con una superficie multilobulada, con buena delimitación, móviles y sin afectar las capas de la piel ni planos mas profundos<sup>8,13</sup>. Los TF mayores de 10 cm se

consideran gigantes, que en cuestión de meses se desarrollan en forma de masas mamarias no dolorosas y de crecimiento rápido<sup>10</sup>.

Se asocian con adenopatías axilares inflamatorias en 17% y metastásicos en un 1%. Su forma de diseminación sistémica es rara, afectando principalmente a los pulmones, además de hígado, los huesos y cerebro<sup>18</sup>.

La característica de su forma benigna es el incremento del epitelio estromal con un grado moderado de atipia celular, márgenes circunscritos y baja tasa de mitosis (menos de 4 mitosis por campo). Mientras que su forma maligna se caracteriza por marcado tejido estromal con atipia, alta tasa de mitosis (>de 10 mitosis por campo) e infiltración de márgenes. Se ha sugerido, por tanto, que el sobre crecimiento estromal está relacionado con la agresividad y el desarrollo de enfermedad metastásica<sup>19</sup>.

Su diagnóstico diferencial se realiza con la tumoración benigna o fibroadenoma principalmente. El estudio del TF puede requerir de una mamografía, ecografía, tomografía de mama y de la citología<sup>4</sup>.

En las dos últimas décadas, la biopsia guiada por imagen se ha convertido cada vez más en una alternativa confiable con respecto a la biopsia quirúrgica para la evaluación histológica de las lesiones mamarias<sup>20</sup>.

El tp, tanto benigno como maligno, tienen tendencia a la recurrencia. Las metástasis (tp maligno) prefieren la vía hematológica (principalmente a pulmón) a la linfática; por lo que son excepcionales la presencia de casos con ganglios linfáticos positivos (1%)<sup>18</sup>. Se necesita que estén presentes elementos estromales y epiteliales para establecer su diagnóstico. El diagnóstico es determinado por el componente neoplásico del tejido conectivo y el potencial metastásico es debido a la presencia de células estromales<sup>2,21</sup>.

Una adecuada resección quirúrgica, en cualquier que sea el caso, será el tratamiento de elección en la mayoría de las ocasiones. El tamaño de la mama y del tumor son factores que determinarán la opción terapéutica. Para evitar las recurrencias, dado que los márgenes histológicos de la neoplasia no suelen coincidir con los exhibidos en las pruebas de imagen, la enucleación no sería considerada como tratamiento definitivo hasta que sea acompañada de una mastectomía<sup>21</sup>.

La radioterapia puede ser utilizada en algunos casos seleccionados como tumores grandes, márgenes comprometidos, recurrencias y en casos de degeneración sarcomatosa, histológicamente malignos. Así también, la quimioterapia es controvertida y puede tener alguna indicación en casos específicos<sup>14</sup>.

Los estudios han evidenciado la existencia de una relación estrecha entre la mortalidad y tamaño del tumor, así como el grado histológico de la neoplasia<sup>2,22</sup>.

#### Características histológicas que se asocian a comportamiento tumoral

Características	Benigno	Borderline	Maligno
Atipia estromal	Leve	Marcada	Marcada
Actividad mitótica	<4	4-9	<10
Sobrecrecimiento estromal	Ausente	Ausente	Presente
Márgenes	Circunscritos	Circunscritos	Infiltrativos

Fuente: Harris et al., 2010 p783

### 2.3 Definiciones de términos básicos

**Tamaño tumoral:** Es el diámetro transversal máximo en centímetros al examen microscópico.

**Margen tumoral:** Puede ser infiltrativo o expansivo no evaluable.

**Grado de celularidad estromal:** Se clasifica en (+) escaso, (++) intermedio, (+++) densamente celular.

**Pleomorfismo estromal:** Teniendo como base el diámetro nuclear máximo, fue considerado severo un incremento de 3 o más veces de esta medida.

**Mitosis:** En el centro del tumoral se mide el número de mitosis por 10 campos de alto aumento.

**Sobrecrecimiento estromal:** Presencia de áreas con sólo células estromales, sin elementos glandulares que llenen un campo de bajo aumento (magnificación x 4): 1 campo (+), 2 campos vecinos (++) , 3 campos vecinos (+++).

**Necrosis:** Destrucción de áreas definidas del tumor.

## CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

### 3.1 Formulación de la hipótesis

Por ser un estudio descriptivo, no es necesaria la formulación de hipótesis.

La hipótesis está implícita.

### 3.2. Variables y definición operacional

Variable	Definición	Tipo de variable según su naturaleza	Tipo de variable según su relación	Indicador o definición operativa	Escala de medición	Categoría y valores
incidencia	caso nuevo de una enfermedad en un periodo de tiempo	cuantitativa	dependiente	porcentaje	cuantitativo	
edad	tiempo transcurrido desde el nacimiento de un individuo hasta que se presenta la enfermedad	cuantitativa	independiente	edad en años	razón	años
mama afectada	parte anatómica del ser humano donde se presenta la enfermedad	cualitativa	independiente	número de mama afectada	nominal	derecha izquierda
localización topográfica	parte específica del órgano afectado	cualitativa	independiente	ubicación	nominal	CSE: cuadrante súpero-externo. retro:retroar eolar cie: cuadrante infero-externo. toda: ocupa toda la mama.
tamaño	las dimensiones o medidas del tumor <i>phylloides</i>	cuantitativa	independiente	centímetros	diámetro transversal máximo en el examen microscópico o en cm	< 5cm 5 – 10 cm >10cm
comportamiento biológico del tumor	denominación del tumor	cualitativa	independiente	cantidad de células anormales	nominal	benigno maligno borderline
celularidad estromal	grado de crecimiento de la célula tumoral	cuantitativa	independiente	cantidad de células	cuantitativo	escaso: (+) intermedio: (++) densamente celular: (+++)
pleomorfismo estromal	variación de tamaño y forma celular	Teniendo como base el diámetro nuclear máximo,	independiente	células anormales	cuantitativo	porcentaje

		fue considerado o severo un incremento de 3 o más veces esta medida.				
mitosis	segmentación de una célula	medición en el centro del tumor	independiente	cantidad de división de células	cuantitativo	benignos: 0-4 mitosis por campo. potencialmente malignos: 5 - 10 mitosis en 10 campos. malignos mayor o igual a 10 mitosis.
sobrecrecimiento o estromal	grado de crecimiento del estroma de la célula tumoral	cuantitativa	independiente	aumento del tamaño y/o cantidad el estroma celular	cuantitativo	1 campo (+) 2 campos contiguos (++) 3 campos contiguos (+++).
La existencia de espacios quísticos en su componente estromal	formación de pequeños ductos en el estroma	cuantitativa	independiente	aumento del cantidad de ductos		si no
margen tumoral	distancia entre las células tumorales y el borde quirúrgico	cuantitativa	independiente	milímetros	nominal	expansivo infiltrativo no evaluable.

## **CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA**

### **4.1 Diseño metodológico**

Según el momento de su medición, es retrospectivo, porque se tomarán datos del periodo 2005-2016; según la intervención del investigador, es observacional, porque no se manipulará variables; según el enfoque, cuantitativo, porque se expresará numéricamente; según el alcance, descriptivo, porque la información es recolectada sin cambiar el entorno (es decir, no hay manipulación).

#### **Método de investigación**

El método a empleado en el presente estudio tiene el carácter cuantitativo porque se expresará numéricamente

#### **Tipo de Investigación**

De carácter descriptivo y explicativo no experimental puesto que la información será recolectada sin cambiar el entorno (es decir, no hay manipulación).

#### **Dimensiones de la investigación**

Por el tiempo y periodo del estudio, la investigación tuvo las siguientes dimensiones:

Longitudinal: la obtención de la información se realizó en un año

Retrospectivo: porque la obtención de la información se efectuaran tomando datos del periodo 2005 -2016

## **4.2 Diseño muestral**

### **4.2.1 Población y muestra**

#### **4.2.1.1 Población:**

Mujeres con tumor phyllodes de mama diagnosticadas en el instituto nacional de enfermedades neoplásicas en el periodo 2005 – 2016.

#### **4.2.1.2 Muestra:**

Mujeres con tumor phyllodes de mama diagnosticadas en el instituto nacional de enfermedades neoplásicas en el periodo 2005 – 2016 que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

#### **4.2.1.3 Selección de la muestra**

No probabilístico

### **4.2.2 Criterios de selección**

#### **4.2.2.1 Criterios de inclusión:**

Se incluyeron a todas las historias clínicas de las mujeres con tumor phyllodes de mama diagnosticadas en el instituto nacional de enfermedades neoplásicas en el periodo 2005 – 2016.

#### **4.2.2.2 Criterios de exclusión:**

Paciente cuya historia clínica presente registros inadecuados como enmendaduras, datos no registrados, registros inapropiados o no registre resultados histopatológica.

Toda paciente con diagnóstico de cáncer de mama que no corresponda a tumor phyllodes.

### **4.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

La obtención del número de pacientes se realizará en cuatro fases:

Se obtendrán los datos los datos del libro de registro del departamento de tejidos blandos de sala de operaciones y se obtendrán los datos los datos del libro de registro general de sala de operaciones.

Se realizará un consolidado de pacientes con diagnóstico de tumor phyllodes de mama.

Se realizará la revisión de historias clínicas y recolección de datos.

Se aplicará la ficha de recolección de datos (Anexo n.º 2).

### **4.4 Procesamiento y análisis de la información**

El registro de datos que serán consignados en las respectivas fichas de recolección de datos, la información será procesada utilizando el paquete estadístico SPSS V 22.0, previa elaboración de la base de datos convenientes.

### **4.5 Aspectos éticos**

No existe probabilidad de atentar contra los derechos de los participantes, se solicitará el permiso institucional.

## CRONOGRAMA

2017	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Etapas												
I. Preparación del proyecto	X	X	X									
II. Recolección de datos			X	X	X	X						
III. Procesamiento de datos						X	X	X				
IV. Análisis de datos						X	X	X				
V. Elaboración del informe final										X	X	X

## PRESUPUESTO

Rubro	Detalle	Monto
Asesoría	Metodólogo	500
	Estilo	300
	Estadístico	500
Utilería	Papel	30
	Tinta	100
	Lapiceros	20
	Lápices	10
	Folder	30
	Corrector	20
	Borrador	10
	Servicios	Internet
	Imprenta	300
	Empaste	300
Mantenimiento	Impresora	50
	PC	100
Total		2470

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Instituto Nacional De Enfermedades Neoplásicas. Datos Epidemiológicos. [Internet]. 2017. [citado 06 Feb 2017] Recuperado a partir de: <http://www.inen.sld.pe/portal/estadísticas/datos-epidemiológicos.html>
2. Jiménez J, Márquez G, Olaya E, Gómez D et al. Tumor phyllodes. Revista de Perinatología y reproducción Humana. [Internet]. 2013. [citado 06 Feb 2017] Vol. 27, n°2. Recuperado a partir de: <http://www.medigraphic.com/inper>  
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0187-53372013000200006](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372013000200006)
3. Arias E, Montes de Oca S, Arias B, Fernandez L, et al. Caso Clínico Tumor filodes de mama con metástasis en pulmón. Medisan [Internet]. 2012. [citado 16 de junio de 2019]; Vol. 16, n° 4. Recuperado a partir de: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192012000400015](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012000400015)
4. Pérez J, Sánchez G, Bohle J et Al. Tumor filodes de la mama. Caracterización clínica e histopatológica de 39 casos. Revista chilena de cirugía. [Internet]. 2007. [citado 06 Feb 2017]; Vol. 59, n° 3. Recuperado a partir de: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-40262007000300004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-40262007000300004&script=sci_arttext)
5. Muñoz V, Saldivia F, Prince J, et al. Tumor filodes asociado a carcinoma: Reporte de dos casos y revisión de bibliografía. Revista Venezolana de Oncología. [Internet].2016. [citado 12 de junio de 2019]; vol. 28, n° 3. Recuperado a partir de: <http://www.redalyc.org/jatsRepo/3756/375645930007/html/index.html>
6. Piñero A, García L, Illana J et al. Tumor filodes de mama maligno, unilateral y multicéntrico. Revista Cirugía española Elsevier. [Internet]. 2002. [citado 06 Feb 2017]; vol. 71, n° 6. Recuperado a partir de: <http://www.elsevier.es/es-revista-cirurgia-espanola-36-articulo-tumor-filodes-mama-maligno-unilateral-13032462>
7. Heron S, Guzmán M, Martínez N, Martínez E et al. Tumor filodes de la mama A propósito de dos casos. Clínica e investigación en gineología y obstetricia. [Internet]. 2013. [citado 16 de junio de 2019]; Vol. 40, n°1. Recuperado a partir de: <https://www.elsevier.es/index.php?p=revista&pRevista=pdf-simple&pii=S0210573X11001122>.
8. Wang T, Zhu J, Xiong J, Yang X, et al. Phyllodes tumors of the breast in 2 sisters: Case report and review of literature. Biblioteca Nacional de Medicina de los EE. UU. Institutos Nacionales de Salud. [Internet]. 2017.

- [citado 16 de junio de 2019]; Vol. 96, n°46. Recuperado a partir de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29145261>
9. Jiménez L, Soberano J, García O. Natural evolution of breast phyllodes tumor. A case report. Revista de ginecología y obstetricia Medigraphic. [Internet]. 2018. [citado 16 de junio de 2019]; Vol. 86, n°8. Recuperado a partir de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobs/mex/gom-2018/gom188h.pdf>
  10. Pantoja M, Frías Z, Albalat R. Tumor Phyllodes maligno gigante de Mama; neoplasia infrecuente de mal pronóstico. A propósito de un caso clínico. Revista chilena de obstetricia. [Internet]. 2017 [citado 16 de junio de 2019]; Vol. 82, n°3. Recuperado a partir de: [https://www.revistasochog.cl/files/pdf/CC\\_060.pdf](https://www.revistasochog.cl/files/pdf/CC_060.pdf)
  11. Torres L, Oliver M, Sarmiento J. et al. Tumor Phyllodes de la Mama Caracterización en la Provincia Cienfuegos Estudio de 20 años. Revista Electronica de Biomedicina. Cuba. 2007 Vol. 2, n° 1. [citado 06 Feb 2017] Recuperado a partir de: <http://biomed.uninet.edu/2007/n2/torres2.html>
  12. Cabrera G, Monduy R, Frías O et al. Tumor phyllodes de la mama. Revista de Ciencias Médicas. [Internet]. 2011 [citado 11 de junio de 2019]; Vol. 15, n°4. Recuperado a partir de: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-31942011000400004](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942011000400004)
  13. Huaman N. Correlación clínico patológica del tumor Phyllodes de mama, en Hospital Edgardo Rebagliati Martins entre 1990-1999. UNMSM. Biblioteca de la Facultad de Medicina Humana. [Internet]. 2002. [citado 11 de junio de 2019]; Recuperado a partir de: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/tesis/Salud/Huam%C3%A1n\\_N\\_N/Huaman\\_N\\_N.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/tesis/Salud/Huam%C3%A1n_N_N/Huaman_N_N.htm)
  14. Venter A, Roşca E, Daina L, et al. El tumor phyllodes: hallazgos en las imágenes de diagnóstico e histopatología. Pubmed.Biblioteca Nacional de Medicina de EE.UU. Institutos Nacionales de Salud. [Internet]. 2015 [citado 11 de junio de 2019]; Vol. 56, n°4. Recuperado a partir de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26743286>
  15. Gonzalo I, Fernández A, Meneses M. Tumor phyllodes de mama. Revista Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia. [Internet]. 2010. [citado 16 de junio de 2019]; Vol. 37, n°2. Recuperado a partir de: <https://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-pdf-S0210573X09001385>
  16. McCarthy E, Kavanagh J, O'Donoghue Y, McCormack E et al. Tumores de filodios de la mama: presentación radiológica, manejo y seguimiento. Phyllodes tumours of the breast: radiological presentation, management and follow-up. Biblioteca Nacional de Medicina de los EE. UU. Institutos

- Nacionales de Salud. [Internet]. 2014. [citado 16 de junio de 2019]; Vol. 87, n°1044. Recuperado a partir de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25270608>
17. Santos J et al. Tumor filodes de la mama: Características clínicas, en imagen y anatomopatológicas a propósito de 18 casos. Revista Chilena Radiología. Salamanca. [Internet]. 2007 [citado 11 de junio de 2019]; Vol. 13, n° 2. Recuperado a partir de: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-93082007000200008](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-93082007000200008)
  18. Pérez J, Poblete M, Butte J et al. Caracterización de 22 pacientes con tumores filodes de mama. Cuadernos de Cirugía. [Internet]. 2001 [citado 11 de junio de 2019]; Vol. 16, n° 1. Recuperado a partir de: [http://mingaonline.uach.cl/scielo.php?pid=S0718-28642002000100006&script=sci\\_arttext](http://mingaonline.uach.cl/scielo.php?pid=S0718-28642002000100006&script=sci_arttext)
  19. Orribo O, Rodríguez R, Melgar L et al. Tumores Phyllodes de mama: clínica, tratamiento y pronóstico. Hospital Universitario de Canarias, España. Revista chilena de obstetricia y ginecología. [Internet]. 2011 [citado 11 de junio de 2019]; Vol. 76, n° 6. Recuperado a partir de: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262011000600003](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262011000600003)
  20. Abdulcadir D, Nori J, Meattini I, Giannotti E, et al. Phyllodes tumours of the breast diagnosed as B3 category on image-guided 14-gauge core biopsy: Analysis of 51 cases from a single institution and review of the literatura. Biblioteca Nacional de Medicina de los EE. UU. Institutos Nacionales de Salud. [Internet]. 2014. [citado 16 de junio de 2019]; Vol. 40, n°7. Recuperado a partir de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24612651#>
  21. Torres F, Fernández P, Nieto J. Tumor filodes maligno (cistosarcoma filodes) mamario con diferenciación lipoblástica. Estudio radiológico e histológico. Revista Española de Patología. [Internet]. 2009 [citado 11 de junio de 2019]; Vol. 42, n° 3. Recuperado a partir de: <http://www.patologia.es/volumen42/vol42-num3/42-3n12.htm>
  22. Wang T, Zhu J, Xiong J, Yang X, et al. Phyllodes tumors of the breast in 2 sisters: Case report and review of literature. Biblioteca Nacional de Medicina de los EE. UU. Institutos Nacionales de Salud. [Internet]. 2017. [citado 16 de junio de 2019]; Vol. 40, n°2. Recuperado a partir de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26464157>

## ANEXOS

### 1. Matriz de consistencia

TITULO	PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO	POBLACIÓN DE ESTUDIO Y PROCESAMIENTO DE DATOS	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN
Características clinicohistopatológica de tumor phyllodes de mama en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas 2005 – 2016	¿Cuáles son las características clinicohistopatológica de tumor phyllodes de mama en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas 2005 – 2016?	Objetivo General  Determinar las características clinicohistopatológica de tumor phyllodes de mama en el Instituto Nacional De Enfermedades Neoplásicas 2005 – 2016	Nula	Retrospectivo Descriptivo Observacional  Cuantitativo	Mujeres con tumor phyllodes de mama diagnosticadas en el instituto nacional de enfermedades neoplásicas en el periodo 2005 – 2016  Procesamiento de datos con paquete estadístico SPSS V 22.0	Ficha de recolección de datos
		Objetivos Específicos <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Determinar la incidencia de tumor phyllodes de mama en el instituto nacional de enfermedades neoplásicas en el periodo 2005 – 2016</li> <li>✓ Verificar el Grado de celularidad estromal de tumor phyllodes de mama en el instituto nacional de enfermedades neoplásicas en el periodo 2005 – 2016</li> <li>✓ Identificar el Grado de Pleomorfismo estromal tumor phyllodes de mama en el instituto nacional de</li> </ul>	Nula	Retrospectivo Descriptivo Observacional  Cuantitativo	Mujeres con tumor phyllodes de mama diagnosticadas en el instituto nacional de enfermedades neoplásicas en el periodo 2005 – 2016  Procesamiento de datos con paquete estadístico SPSS V 22.0	Ficha de recolección de datos

		<p>enfermedad es neoplásicas en el periodo 2005 – 2016</p> <p>✓ Determinar el Grado de Mitosis</p> <p>tumor phyllodes de mama en el instituto nacional de enfermedades neoplásicas en el periodo 2005 – 2016</p> <p>✓ Verificar el Grado de Sobrecrecimiento estromal tumor phyllodes de mama en el instituto nacional de enfermedades</p> <p>es neoplásicas en el periodo 2005 – 2016</p> <p>✓ Identificar el Grado de Necrosis tumor phyllodes de mama en el instituto nacional de enfermedades es neoplásicas en el periodo 2005 – 2016</p> <p>✓ Determinar la existencia de espacios quísticos en su parte estromal del tumor phyllodes de mama en el instituto nacional de enfermedades es neoplásicas en el periodo 2005 – 2016</p>				
--	--	---	--	--	--	--

## Anexo 2: Instrumento de recolección de datos

### FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

“Características clínico-histopatológica de tumor filloides de mama en el instituto nacional de enfermedades neoplásicas en el periodo 2005 – 2016”

Iniciales de la paciente				
Código asignado				
Edad				
Mama afectada	Derecha	Izquierda	Ambas	
Localización topográfica	Cuadrante súpero-externo.	Retroareolar	Cuadrante ínfero-externo.	Ocupa toda la mama.
Tamaño	< 5cm	5 – 10 cm	>10cm	
Comportamiento biológico del tumor	Benigno	Maligno	Borderline	
Células en el estroma	pocas: (+)	moderado: (++)	Densamente celular: (+++)	
Pleomorfismo del estroma				
Mitosis	Benignos: 0-4 mitosis por campo.	Potencialmente malignos: 5 – 10 mitosis por 10 campos.	Malignos igual o mayor a 10 mitosis.	
Sobrecrecimiento estromal	1 campo (+)	2 campos contiguos(++)	3 campos contiguos (+++)	
Evidencia de				

espacios quísticos en su componente estromal				
Margen tumoral	Expansivo	Infiltrativo	No evaluable	