



UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CUENCA

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE MEDICINA

**“SARCOMA PLEOMÓRFICO INDIFERENCIADO DE MAMA:
REPORTE DE CASO”**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICO**

AUTOR: DAYANA MADELAYNE LAVANDA ENCARNACIÓN

DIRECTOR: DRA. MARÍA ISABEL LEÓN PESÁNTEZ

CUENCA - ECUADOR

2024

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE MEDICINA

**“SARCOMA PLEOMÓRFICO INDIFERENCIADO DE MAMA:
REPORTE DE CASO”**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICO**

AUTOR: DAYANA MADELAYNE LAVANDA ENCARNACIÓN

DIRECTOR: DRA. MARÍA ISABEL LEÓN PESÁNTEZ

CUENCA - ECUADOR

2024

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO

DECLARATORIA DE AUTORÍA Y RESPONSABILIDAD

Dayana Madelayne Lavanda Encarnación portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0706151933**. Declaro ser el autor de la obra: “**Sarcoma pleomórfico indiferenciado de mama: Reporte de caso**”, sobre la cual me hago responsable sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaro que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximo a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaro finalmente que mi obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también me responsabilizo y eximo a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Cuenca, 07 de marzo de 2024

F: 

Dayana Madelayne Lavanda Encarnación
C.I. **0706151933**

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR / TUTOR

Certifico que el presente trabajo denominado "**Sarcoma pleomórfico indiferenciado de mama: Reporte de caso**" realizado por **Dayana Madelayne Lavanda Encarnación** con documento de identidad No. **0706151933**, previo a la obtención del título profesional de Médico, ha sido asesorado, supervisado y desarrollado bajo mi tutoría en todo su proceso, cumpliendo con la reglamentación pertinente que exige la Universidad Católica de Cuenca y los requisitos que determina la investigación científica.

Cuenca, 07 de marzo de 2024

F: 

Dra. María Isabel León Pesántez
DIRECTOR / TUTOR

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a Dios por haberme permitido llegar hasta esta etapa de mi carrera universitaria. A mis padres: Efrén Lavanda y Deisy Encarnación, que me han educado con buenos valores, sentimientos y hábitos desde la infancia. A mi hermano, Janner Lavanda por su comprensión y cariño. A mi tío Galo Lavanda, a quien quiero como un segundo padre y ha compartido muchos momentos significativos de mi vida. A mi abuelita paterna María Espinoza que a pesar de no estar físicamente conmigo, desde el cielo sé que estará orgullosa de mí. Finalmente, a mi mejor amigo de la universidad, Andrés Cruz, que me ha brindado su apoyo moral durante todo este proceso de mi formación académica.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por acompañarme todos los días, por darme el valor necesario para culminar esta etapa de mi vida. A la Universidad Católica de Cuenca por abrirme sus puertas para poder estudiar la carrera de Medicina. A mis padres: Efrén y Deisy, por apoyarme en todo momento. Al doctor Byron Álvarez por formar parte importante dentro de mi formación como profesional de la salud. A mi tutora de tesis la dra. María Isabel León, por su paciencia, grandes conocimientos y saber guiarme adecuadamente durante el proceso final de esta etapa.

RESUMEN

Antecedentes: El cáncer de mama es una patología muy frecuente con más de 2.3 millones de casos diagnosticados a nivel mundial, ocasiona alta mortalidad en el sexo femenino y es la segunda neoplasia más diagnosticada. Su clasificación se divide en anatómica, molecular y formas especiales, dentro de esta última encaja el sarcoma pleomórfico indiferenciado de mama del cual se realizará un reporte de caso siendo muy importante porque representa menos del 1%, la literatura revisada es escasa y en nuestro país hasta el momento no se han reportado casos en las bases de datos.

Descripción del caso: Paciente femenina de 46 años de edad con antecedente de hipertensión arterial y tumor phyllode de mama derecha tratado hace 4 años con resección amplia. Hace 2 años debuta con una masa en mama derecha, se realiza el examen físico y posterior a exámenes complementarios como ecografía, mamografía, citología que reporta hiperplasia típica se llega a establecer una neoplasia. 3 meses después se realiza mastectomía con biopsia de ganglio axilar derecho más inmunohistoquímica que reporta un sarcoma pleomórfico indiferenciado, el cual es tratado con radioterapia y quimioterapia, el sarcoma no respondió al tratamiento, hace metástasis pulmonares y la paciente fallece.

Conclusión: El sarcoma pleomórfico indiferenciado de mama es una patología rara, cuyo diagnóstico definitivo se basa en la parte histopatológica y de inmunohistoquímica; el tratamiento actualmente es controvertido y el pronóstico es malo.

Palabras clave: Cáncer de mama, inmunohistoquímica, sarcoma

ABSTRACT

Background: Breast cancer is a very common pathology with more than 2.3 million cases diagnosed worldwide, it causes high mortality in women and is the second most diagnosed neoplasm. Its classification is divided into anatomical, molecular and special forms, within the latter fits the undifferentiated pleomorphic sarcoma of the breast, of which a case report will be made, being very important because it represents less than 1%, the reviewed literature is scarce and in our country To date, no cases have been reported in the databases.

Case description: 46-year-old female patient with a history of high blood pressure and phyllode tumor of the right breast treated 4 years ago with wide resection. 2 years ago she debuted with a mass in the right breast, a physical examination was performed and after complementary tests such as ultrasound, mammography, cytology that reported typical hyperplasia, a neoplasia was established. Three months later, a mastectomy was performed with biopsy of the right axillary lymph node plus immunohistochemistry, which revealed an undifferentiated pleomorphic sarcoma, which was treated with radiotherapy and chemotherapy. The sarcoma did not respond to treatment, metastasized to the lungs, and the patient died.

Conclusion: Undifferentiated pleomorphic sarcoma of the breast is a rare pathology, whose definitive diagnosis is based on histopathology and immunohistochemistry; Treatment is currently controversial and the prognosis is poor.

Keywords: Breast cancer, immunohistochemistry, sarcoma

Índice

RESUMEN	7
ABSTRACT	8
INTRODUCCIÓN	10
DISCUSIÓN	15
CONCLUSIONES	17
CONFLICTO DE INTERESES	18
BIBLIOGRAFÍA	18
GLOSARIO	22
ANEXOS	23
Tablas de la discusión.	23

INTRODUCCIÓN

El Sarcoma pleomórfico indiferenciado (SPI) de mama, es una neoplasia inusual, que se origina del tejido conectivo de la mama. Se dividen en 3 grupos: phyllodes, postradiación y los primarios de mama; en este último grupo pertenece el SPI. Representa menos del 1% de las neoplasias primarias de mama(1), considerándose uno de los sarcomas más raros de partes blandas, llegando a presentarse frecuentemente entre los 40 y 60 años(2).

A nivel mundial se presenta con más frecuencia en Estados Unidos con 44.8 casos por cada 10 millones de mujeres(3). En Asia se han registrado tres casos entre Japón, Corea e India (4–6). En Latinoamérica no existen datos sobre la prevalencia de esta patología, no obstante, en los países de México, Brasil, Cuba, Colombia y Perú se encontraron reportes de caso (3,7–10). A nivel de Europa, específicamente en Italia se encontró un caso (11) En Ecuador no existen reportes de caso de SPI de mama documentados en la literatura.

Este tipo de neoplasia presenta una clínica variada, por lo general se manifiesta con presencia de una masa en la mama, generalmente unilateral de consistencia dura y márgenes bien definidos a la palpación, con un acelerado crecimiento expansivo, móvil, con retracción en el pezón y cambios en la coloración de la piel. El dolor puede variar según la localización y la invasión de las estructuras, además de síntomas neurológicos o vasculares (3).

Desde el punto de vista histopatológico el SPI es difícil de distinguir de otros sarcomas y neoplasias de mama; es importante realizar un diagnóstico precoz con el apoyo de la inmunohistoquímica (2). El tratamiento se basa en la cirugía radical con el fin de evitar las recidivas y metástasis, junto con radioterapia y quimioterapia adyuvantes. El pronóstico es reservado y generalmente metastatiza a pulmón, cerebro, hueso e hígado(3).

REPORTE DEL CASO

Paciente femenina de 46 años, mestiza con antecedentes de hipertensión arterial y tumor Phyllodes Borderline de mama derecha, tratada hace 4 años con resección amplia. Hace 2 años acudió a consulta externa por autodetección de nódulo en mama derecha asintomática.

Al examen físico cuello y axilas negativas, en mama derecha a nivel de cuadrante superior interno se palpa masa de 3.5 x 3cm móvil, dura y definida, con engrosamiento de piel (piel de naranja) cicatriz supraareolar. Clínicamente impresiona recidiva tumoral.

Los exámenes de laboratorio: hemograma, tiempos de coagulación, pruebas de función hepática y renal normales; pruebas serológicas no reactivas. Radiografía de tórax normal, la mamografía reporta: Tejido mamario fibroglandular disperso, densidad tipo b. Nódulos ovalados, isodensos, bordes ocultos por el tejido en mama derecha, que han incrementado de tamaño al comparar con previo estudio de hace 2 años, requieren correlación con ultrasonido. BI-RADS: 0 (**Figura 1**).

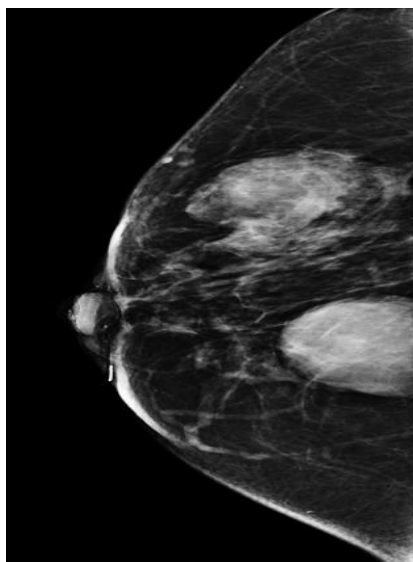


Figura 1. Mamografía de mama derecha. Tumor nodular de bordes ocultos. **Fuente:** Departamento de Radiología, SOLCA.

Se realiza ecografía mamaria que reporta (**Figura 2**): Tejido mamario fibroglandular heterogéneo, nódulos heterogéneos en mama derecha, con componente anecoico y ecogénico, interfase abrupta sin vascularidad a la aplicación Doppler color, que miden 23x14mm y 36x25mm respectivamente; adicionalmente se observa cúmulo de tejido glandular con zona de distorsión, asociado a imágenes irregulares hipoeoicas, avasculares, 28mm. Ganglios axilares benignos. BIRADS 4C (Hallazgos con sospecha de malignidad).

La biopsia por aspiración con aguja fina, citología de mama derecha: muestra normocelular conformada por células ductales, formando grupos sin atipia, en medio de un fondo limpio, diagnóstico: Hiperplasia ductal típica. A pesar de que el reporte citológico fue negativo, clínica e imagenológicamente se sospecha de un tumor phyllodes, se decide realizar mastectomía simple derecha.



Figura 2. Ecografía de mama derecha: Tejido mamario fibroglandular heterogéneo. **Fuente:** Departamento de Radiología, SOLCA.

Se realiza mastectomía simple más biopsia de ganglio axilar derecho; el reporte intraoperatorio del ganglio es negativo. La biopsia de mama reporta: sarcoma pleomórfico indiferenciado de mama con 15 mitosis/10 campos, necrosis <50% y grado histológico 3 (alto grado) margen

profundo a 1mm e invasión linfovascular presente, la inmunohistoquímica reporta positivo para vimentina, Ki-67 positivo, CK-7 y CK-20 70%, CD34, desmina y RE negativo (**Figura 3**).

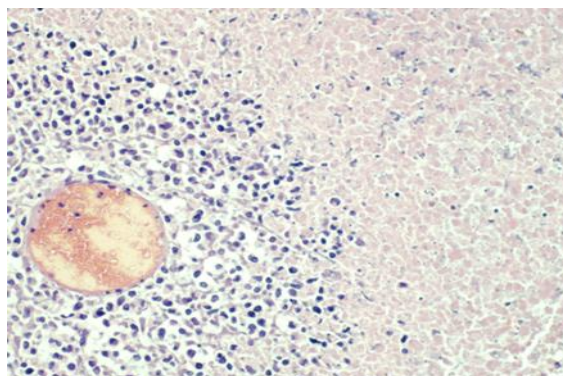


Figura 3. Reporte histopatológico. Evidencia de necrosis y tumor. **Fuente:** Departamento de Patología, SOLCA.

Recibe tratamiento adyuvante con radioterapia a campos conformados a mama derecha, en donde por contorno y distribución de dosis se abarca los niveles I y II de axila, a una dosis de 60 Gy (Gray) en 30 fracciones y posterior quimioterapia con doxorubicina como mono droga con una dosis de 60mg/m² por 6 ciclos, finalizando 7 meses después. Un mes después, la paciente acude a emergencia por clínica de disnea de reposo, dolor torácico derecho en la escala de EVA 8/10, campos pulmonares hipoventilados, con predominio en el lado izquierdo. La radiografía de tórax (**Figura 4**), reporta: lesiones nodulares que se proyectan a la base pulmonar derecha y parahiliar; tomografía de tórax (**Figura 5**): nódulos sólidos bien definidos en segmentos basales bilaterales que realzan con el medio de contraste, asociados con atelectasia basal izquierda, evidenciándose metástasis pulmonares, con estos resultados es valorada por el departamento de oncología clínica y dado el mal pronóstico con avanzada enfermedad, la paciente pasa a cuidados paliativos y terapia del dolor, la paciente permanece en su domicilio con analgesia y por sus comorbilidades, un mes después la paciente fallece.

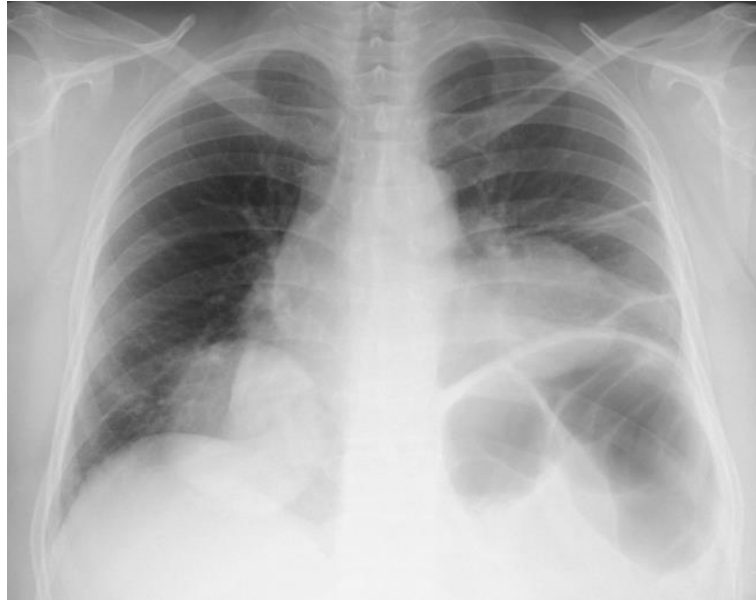


Figura 4. Radiografía de tórax. Metástasis pulmonares del SPI. **Fuente:** Departamento de Radiología, SOLCA.

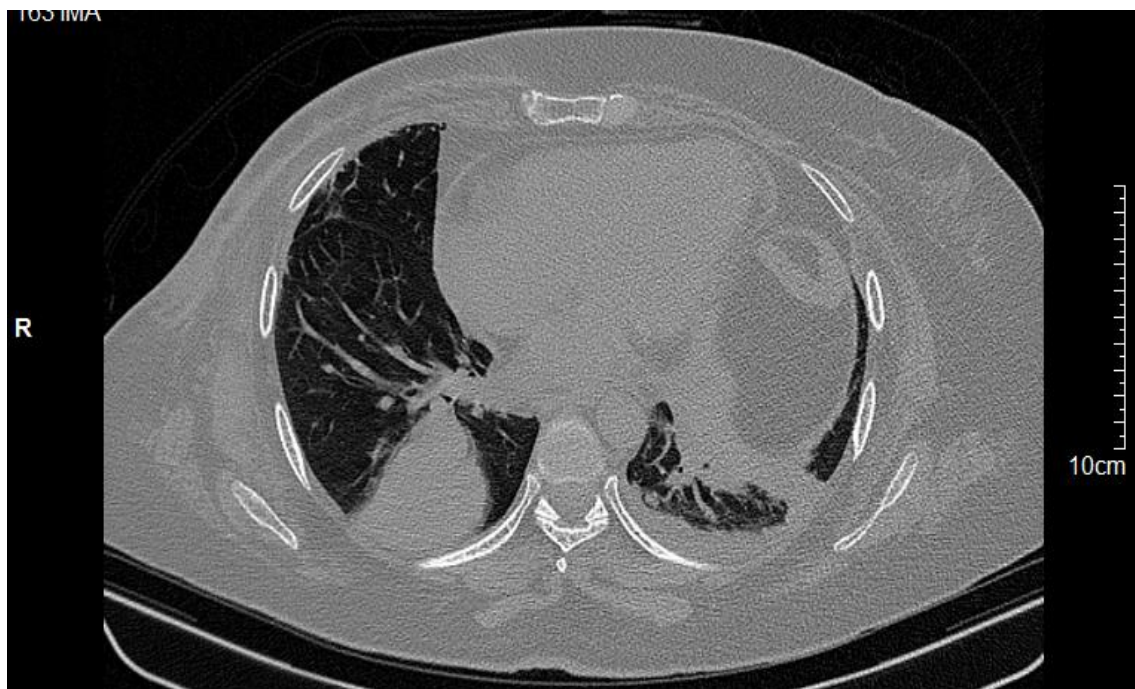


Figura 5. TAC de tórax. Metástasis pulmonares del SPI. **Fuente:** Departamento de Radiología, SOLCA.

DISCUSIÓN

El cáncer de mama se clasifica en: carcinoma ductal con una frecuencia del 85% y lobular en un 15% (12). Molecularmente tenemos el luminal A que es el más frecuente, siguiéndole el Luminal B, HER2 y Triple negativo (13,14). Existen otras formas de presentación, como lo son a nivel del tejido conectivo de la glándula mamaria, como los sarcomas; estos se clasifican en tres grupos de acuerdo a ciertas características que presentan cada uno de ellos, así tenemos: los que se originan posterior a la radiación, el phyllodes maligno y el sarcoma primario de mama, incluyéndose en este último grupo al sarcoma pleomórfico indiferenciado de mama (SPI), que es un cáncer extremadamente raro, representa menos del 5% de los sarcomas y en el caso de la mama es menor al 1% (2,3)

El sarcoma pleomórfico indiferenciado de mama puede ser confundido con otras neoplasias de mama, que se presentan de manera similar en la clínica, imagen e histopatología (**ver tabla 1**), como tumor phyllodes (3). Las principales características que dificultan el diagnóstico del SPI de mama, por su parecido al tumor phyllodes clínicamente son: masa de consistencia suave, crecimiento progresivo y gradual, indolora, bien definida, piel que lo recubre (lustrosa y tensa, venas gruesas); es infrecuente que se manifiesten con: retracción del pezón, adenopatías axilares y piel de naranja(15,16). Imagenologicamente, en ultrasonido: masa hipoeoica, oval, vascularización interna y reforzamiento acústico posterior; en mamografía los hallazgos son inespecíficos: masas bien circunscritas no calcificadas, distorsión o asimetría focal(3). Histopatológicamente: mayor atipia, pleomorfismo, elementos heterólogos en el estroma, infiltración de otros tejidos como cartílagos y músculos. Es importante realizar el estudio de inmunohistoquímica para confirmar que estamos frente a un SPI de mama(2).

En el caso de nuestra paciente clínicamente se presentó, una masa móvil, indolora, dura, definida y con piel de naranja, estos datos se correlacionan con la literatura mencionada anteriormente y también coinciden con el reporte de caso de Jeong, et al(5) Balbi Di, et al(17),

YJ, D-Z(3), Srinivasamurthy B, et al (6), Martínez Navarro(2); sin embargo en el caso de Torres Aja (8), se presentó como una tumoración ulcerada; en el de Herrera, et al (9) la tumoración es de crecimiento desmedido y tiene una zona de necrosis; por otro lado en el caso de Yamazaki H, et al (4) se presenta como una masa dolorosa.

En el ultrasonido de mama, nuestra paciente presentó: Tejido mamario fibroglandular heterogéneo, nódulos heterogéneos en mama derecha, con componente anecoico y ecogénico, cúmulo de tejido glandular con zona de distorsión, asociado a imágenes irregulares hipocóicas, avasculares, ganglios axilares benignos, encajando con el caso de Martínez Navarro(2), Balbi G, et al(17), YJ D-Z, et al(3) y Yamazaki H, et al(4); por otro lado, Jeong, et al (5), Srinivasamurthy B, et al(6), Herrera(18) y Torres Aja (8) no describen las características de ultrasonido.

La mamografía de la paciente mostró: Tejido mamario fibroglandular disperso, densidad tipo b. Nódulos ovalados, isodensos, bordes ocultos por el tejido en mama derecha; concordando con Martínez Navarro(2), Jeong, et al (5), Balbi G, et al (17) y YJ D-Z, et al(3); en los casos de Srinivasamurthy B, et al (6), Herrera Francisco (18) y Torres Aja (8) no mencionan datos sobre la mamografía.

El estudio de inmunohistoquímica dio positivo para: Vimentina y Ki-67; coincidiendo con el reporte de caso de Herrera Francisco (18) y Gutiérrez Maravi Katherine (19), sin embargo en otros casos solo fue positiva la Vimentina, mientras que Rodríguez Miranda..et al (7), solo presentó el Ki-67 positivo. En otros reportes de caso se mostraron marcadores diferentes al de nuestra paciente como el de Yj, D.-Z., et al (3) fue positivo para: vimentina, panCK-x, S-100 y HMB45; en el de Martínez Navarro (2), mostró CD68 con positividad focal; en el caso de Yamazaki H..et al (4), fue parcialmente positivo para el músculo liso actina y S-100; en el caso de Jeong, et al (5), el CD34 presentó positividad focal.

Dentro del diagnóstico diferencial del SPI los marcadores de inmunohistoquímica presentes en cada una de las neoplasias son fundamentales (11) (**ver tabla 2**).

La literatura menciona que el tratamiento principal es quirúrgico (mastectomía simple) y como complemento la quimioterapia adyuvante. Es importante considerar el papel de la radioterapia adyuvante, cuando se presenta un tumor con metástasis o de alto grado(1,15). En el caso de nuestra paciente se realizó mastectomía simple y posteriormente recibió radioterapia a lecho quirúrgico y quimioterapia adyuvante. El tratamiento quirúrgico de nuestra paciente, coincide con lo que se describe en los reportes de caso de: Martinez Navarro (2), YJ D-Z, et al (3), Yamazaki, et al (4), Jeong, et al (5), Srinivasamurthy B, et al (6), Rodrigues Miranda..et al (7), Balbi G, et al (17) y Gutiérrez Maravi Katherine (19). En el caso de Rodrigues Miranda..et al (7), además de la parte quirúrgica se administró radioterapia adyuvante, concordando con el tratamiento de nuestra paciente. En el artículo de: Herrera Francisco (18) y Torres Aja (8), no mencionan sobre el tratamiento que recibieron las pacientes.

La paciente a pesar del tratamiento realizado tiene progresión con metástasis pulmonares, por lo que fallece. Lo que demuestra que el SPI de mama tiene un mal pronóstico, por su elevada tasa de recidiva, presentando metástasis por lo general en pulmón, hígado, hueso y cerebro (3).

CONCLUSIONES

El sarcoma pleomórfico indiferenciado de mama es una neoplasia rara e invasiva. Clínica e imagenológicamente puede confundirse con otras neoplasias de mama, como el tumor phyllodes. La inmunohistoquímica ayuda a establecer un diagnóstico definitivo, los marcadores positivos son Vimentina, Ki-67, panCK-x, S-100, HMB45 y CD68 con positividad focal. El tratamiento de elección para esta tumoración es la mastectomía simple, pero se debe complementar con radioterapia y quimioterapia adyuvantes, con el fin de prevenir la recidiva y metástasis debido a su agresividad.

CONFLICTO DE INTERESES

No existe conflicto de interés.

BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto Roffo. SARCOMAS DE MAMA [Internet]. 2023 [cited 2023 Nov 28]. Available from: https://institutoroffo.uba.ar/wp-content/uploads/2023/09/1.20_SARCOMA-DE-MAMA-1.20.pdf
2. Martínez-Navarro J, Fumero-Roldán L, Izqueirido-Reyes E. Sarcoma pleomórfico indiferenciado de la glándula mamaria. Revista Electrónica Dr Zoilo E Marinello Vidaurreta [Internet]. 2019 May 1 [cited 2023 Apr 12];44(3):3. Available from: <https://revzoilomarinellosldcu/index.php/zmv/article/view/1714>
3. Yj DZ, Garza-García N, MI GM. Anales de Radiología México 2016 ene. 2016 Jan 15;15(1):70–5.
4. Yamazaki H, Shimizu S, Yoshida T, Suganuma N, Yamanaka T, Yamashita T, et al. A case of undifferentiated pleomorphic sarcoma of the breast with lung and bone metastases. Int J Surg Case Rep. 2018 Jan 1;51:143–6.
5. Jeong YJ, Oh HK, Bong JG. Undifferentiated pleomorphic sarcoma of the male breast causing diagnostic challenges. J Breast Cancer. 2011 Sep;14(3):241–6.
6. Srinivasamurthy BC, Kulandaivelu AR, Saha K, Saha A. Primary undifferentiated pleomorphic sarcoma of the breast in a young female: A case report. World J Surg Oncol. 2016 Jul 16;14(1).
7. Rodrigues Miranda T. Ministério da Saúde Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva Coordenação de Ensino Residência Médica em Mastologia Radiation-Induced Undifferentiated Pleomorphic Sarcoma after Breast Conservative Therapy: A Case Report [Internet]. [Rio de Janeiro]: Instituto Nacional de Cancer José Alencar Gomes; 2022 [cited 2023

- Apr 12]. Available from: <https://ninho.inca.gov.br/jspui/bitstream/123456789/9645/1/tcc-tainara-r-miranda-final.pdf>
8. Torres Ajá L. Sarcoma primitivo de mama. Presentación de un caso Primary Breast Sarcoma. A Case Report. Finaly [Internet]. 2013 Jun 6 [cited 2023 Apr 12]; Available from: <https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/185>
 9. Herrera S. F, Redondo D. K, Vega E. E, Osorio C. C, Fernández D. A, Caraballo G. P, et al. SARCOMA PLEOMÓRFICO GIGANTE DE LA MAMA. Revista chilena de cirugía [Internet]. 2016 Feb 1 [cited 2023 Apr 12];68(1):76–80. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262016000100014&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 10. Guitiérrez Maraví Katherine Denisse. Inmunohistoquímica en sarcoma primario de mama, un informe de caso clínico en el hospital nacional Ramiro Prialé Prialé, 2021 [Internet]. [Lima]: Universidad Norbert Wiener; 2021 [cited 2023 Apr 12]. Available from: https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/8089/T061_47205983_S.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 11. Balbi G, Martino L Di, Pitruzzella G, Pitruzzella D, Grauso F, Napolitano A, et al. Undifferentiated pleomorphic sarcoma with osteoclast-like giant cells of the female breast [Internet]. 2013. Available from: <http://www.wjso.com/content/11/1/21>
 12. Sinergia RM, Espinosa Ramírez M. REVISTA MEDICA SINERGIA CANCER DE MAMA. 2018 [cited 2023 May 9];2:8–12. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2017/rms171b.pdf>
 13. N.D. Jaigua Rodriguez JDRUrgilés. Vista de Prevalencia de los Tipos Moleculares de Cáncer de Mama y Características Clínico-Patológicas | Oncología (Ecuador). Oncologia [Internet].

2020 [cited 2023 Apr 12]; Available from: <https://www.roe-solca.ec/index.php/johs/article/view/483/445>

14. Rakha EA, Green AR. Molecular classification of breast cancer: what the pathologist needs to know. *Pathology*. 2017 Feb 1;49(2):111–9.
15. García G, Ramírez L, Mahmoud B, Blanco M, Gerson J, María D, et al. SARCOMA DE MAMA A PROPÓSITO DE UN CASO *ComuniCaCiones breves*. Vol. 26, *Rev Venez Oncol*. 2014.
16. Priscilla L, Campos R, Koutsowris Sáenz S, Alejandra M, Carranza G, Castro González M, et al. Tumor Phyllodes: revision de la literatura Phyllodes tumor: literature review [Internet]. Vol. 37. Available from: <https://orcid.org/0000-0003-1858-7754>
17. Balbi G, Di Martino L, Pitruzzella GP, Pitruzzella D, Grauso F, Napolitano A, et al. Undifferentiated pleomorphic sarcoma with osteoclast-like giant cells of the female breast. *World J Surg Oncol*. 2013;11.
18. Herrera S. F, Redondo D. K, Vega E. E, Osorio C. C, Fernández D. A, Caraballo G. P, et al. SARCOMA PLEOMÓRFICO GIGANTE DE LA MAMA. *Revista chilena de cirugía* [Internet]. 2016 Feb 1 [cited 2023 Apr 12];68(1):76–80. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262016000100014&lng=es&nrm=iso&tlng=es
19. Gutierrez Maraví Katherine Denisse. T061_47205983_S. 2021;
20. Martín Miguel HAI. Vista de El cáncer de mama [Internet]. 2015 [cited 2023 May 9]. Available from: <https://arbor.revistas.csic.es/index.php/arbor/article/view/2037/2531>
21. Carrera M, Albertini G, Ival M, Suarez L, Gonzáles L. 96-362-1-PB.

22. Fernández Freire MÁ, Ramón Tigse M, Fernández Freire J, Fernández Freire A, Bonilla Venegas M. Presentación atípica de masa en mama de 2 meses de evolución, reporte de caso clínico. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*. 2022 Nov 30;6(6):2055–70.
23. García Briz MI, Moneva Léniz LM, Sebastián Tomás JC, Rausell Fontestad N, García Ruiz R, Mateu Puchades A. Leiomyoma of the nipple in a male: A case report. *Revista de Senología y Patología Mamaria*. 2018 Oct 1;31(4):152–4.

GLOSARIO

- **SPI de mama:** Sarcoma pleomórfico indiferenciado de mama.
- **Tumor Phyllodes:** Neoplasia poco común de la mama, que se origina del tejido fibroepitelial.
- **Pleomórfico:** Variación en el tamaño, forma de las células o sus núcleos.
- **Fusiforme:** Células de apariencia alargada y delgada.
- **Inmunohistoquímica:** Método de laboratorio que emplea anticuerpos para determinar si existen ciertos antígenos (marcadores) en una muestra de tejido.
- **Vimentina:** Proteína fibrosa que forma los filamentos intermedios del citoesqueleto intracelular, en especial de células embrionarias, endoteliales y sanguíneas. Se usa para identificar tumores de origen mesenquimal y melanomas, mediante inmunohistoquímica.
- **Ki-67:** Proteína nuclear cuya función es la regulación de la proliferación celular. Se usa para el reconocimiento de células en proliferación en inmunohistoquímica.
- **S-100:** Marcador de inmunohistoquímica.
- **HMB45:** Anticuerpo que se une a una proteína llamada gp100. Es un marcador de inmunohistoquímica.
- **CD68:** Glicoproteína transmembrana, se usa en inmunohistoquímica para tumor de células granulares de mama.

ANEXOS

Tablas de la discusión.

MANIFESTACIONES CLINICAS	-Masa palpable delimitada, indolora que crece rápidamente. -Retracción del pezón y secreción -Cambios en color de piel -Son similares a las que se presentan en otras neoplasias típicas de la mama.
ULTRASONIDO	-Hipoecoica -Márgenes borrosos -Firme -Vascularización interna -Refuerzo acústico posterior
MAMOGRAFIA	-Masa oval irregular espiculada con microcalcificaciones y asimetría focal -Densidad homogénea
HISTOPATOLOGÍA	-Células: pleomórficas entremezcladas con células gigantes multinucleadas, fusiformes con patrón de crecimiento esteriforme acompañado de infiltrado inflamatorio crónico -Núcleo alargado e hiper cromáticos -Citoplasma: eosinófilo y espumoso -Abundante colágeno -Células similares a osteoclastos -Tabiques de tejido conectivo -Mitosis aplásicas -Áreas necróticas
INMUNOHISTOQUÍMICA	-Células neoplásicas con vimentina +, panCK-x, S-100 + focal, HMB45-. -CD68 -Cytokeratin Pan y antígeno de membrana epitelial negativo -Positividad parcial: Actina de músculo liso (SMA) y S-100.

Tabla 1. Características clínicas, de ultrasonido, mamografía, histopatológicas e inmunohistoquímicas del SPI (3,5,6,20).

Neoplasia	Marcadores inmunohistoquímicos positivos
Leiomioma	-Actina de músculo liso (SMA) -CD34-64 -Desmina
Tumor phyllodes	-CD34-BCL2
Mixofibrosarcoma	-CD34 -Vimentina
Miofibroblástico inflamatorio	-Vimentina -SMA -CK AE1 -ALK
Rabdomiosarcoma y liposarcoma	-Actina -Desmina -Mioglobina

Tabla 2. Diagnóstico diferencial con marcadores inmunohistoquímicos del SPI (5,6,21–23).

**AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN EL
REPOSITORIO INSTITUCIONAL**

Dayana Madelayne Lavanda Encarnación portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0706151933**. En calidad de autor/a y titular de los derechos patrimoniales del trabajo de titulación **“Sarcoma pleomórfico indiferenciado de mama”** de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos y no comerciales. Autorizo además a la Universidad Católica de Cuenca, para que realice la publicación de éste trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 7 de marzo de 2024

F: .....

Dayana Madelayne Lavanda Encarnación
C.I. **0706151933**