

Tumor phyllodes en el embarazo: reporte de caso

Phyllodes tumor in pregnancy: Case report

Autores

Edgar Fernando Cárdenas Arias¹, Juanita Panqueba Salgado², Sandra Milena Pantoja Burbano³, Carlos Eduardo Rey Chaves⁴, Sebastián Otálvaro Jaramillo⁵, Daniela Maria Cuadrado Franco⁶, Adriana Bryon Gallego⁷

Historial del artículo

Fecha de recepción: 25/08/2025

Fecha de aprobación: 14/06/2026

1. Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Medicina Bogotá, Colombia. Email: ee.cardenasa@javeriana.edu.co ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7720-7243>
2. Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Medicina, Bogotá, Colombia. Correo: juanita.panquebas@javeriana.edu.co ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1927-3290>
3. Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Medicina Bogotá, Colombia. Correo: sandrampantoja@javeriana.edu.co ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-4113-1547>
4. Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Medicina Bogotá, Colombia. Correo: carlosreyc@javeriana.edu.co ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6888-5595>
5. Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Medicina Bogotá, Colombia. Correo: s-otalvaro@javeriana.edu.co ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-8338-9583>
6. Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Medicina, Departamento de Cirugía General y Especialidades, Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, Colombia. Correo: dcuadrado@javeriana.edu.co ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2726-2356>
7. Pontificia Universidad Javeriana, Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, Colombia. Correo: bryong.a@javeriana.edu.co ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-4473-9570>

Autor de correspondencia: Edgar Fernando Cárdenas, Cra 7 No 40 – 62, Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. Correo: ee.cardenasa@javeriana.edu.co; celular: 3108213141.

Cómo citar este artículo: Cárdenas Arias EF, Panqueba Salgado J, Pantoja Burbano SM, Rey Chaves CE, Otálvaro Jaramillo S, Cuadrado Franco DM, Bryon Gallego A. Tumor phyllodes en el embarazo: reporte de caso. Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del Cauca. 2026;28(2):e2721. <https://doi.org/10.47373/rfcs.2026.v28.2721>

Resumen

Objetivo: Describir un caso poco frecuente de tumor phyllodes benigno diagnosticado durante el embarazo, destacando su manejo clínico y quirúrgico.

Descripción del caso: Mujer de 33 años que a las 16,6 semanas de gestación, fue evaluada por una masa palpable en la mama derecha. Se realizó biopsia con hallazgos de lesión bifásica con atipia, lo que motivó una intervención quirúrgica. El examen histopatológico posterior a la resección confirmó el diagnóstico de tumor phyllodes benigno. La paciente presentó una evolución clínica favorable tras la cirugía, sin complicaciones ni signos de recurrencia inmediata. Este tipo de tumor, aunque en su forma benigna representa una minoría de los casos, puede alcanzar gran tamaño por su crecimiento acelerado durante el embarazo. La resección completa fue determinante para la evaluación definitiva y el manejo exitoso del caso.

Conclusión: El tumor phyllodes durante el embarazo es una entidad rara que requiere un enfoque diagnóstico y terapéutico preciso. La intervención quirúrgica oportuna permite confirmar el diagnóstico, definir el subtipo histológico y reducir el riesgo de recurrencia, incluso en casos benignos.

Palabras clave: tumor filloide, embarazo, diagnóstico, patología, reporte de caso.

Abstract

Objective: To describe a rare case of benign phyllodes tumor diagnosed during pregnancy, highlighting its clinical and surgical management.

Case description: We present the case of a 33-year-old woman who, at 16.6 weeks of gestation, was evaluated for a palpable mass in the right breast. A biopsy was performed with findings of a biphasic lesion with atypia, which prompted surgical intervention. Histopathological examination after resection confirmed the diagnosis of benign phyllodes tumor. The patient had a favorable clinical outcome after surgery, without complications or signs of immediate recurrence. This type of tumor, although in its benign form represents a minority of cases, can reach a large size due to its accelerated growth during pregnancy. Complete resection was key to the definitive evaluation and successful management of the case.

Conclusion: Phyllodes tumor during pregnancy is a rare entity that requires a precise diagnostic and therapeutic approach. Timely surgical intervention confirms

the diagnosis, defines the histological subtype, and reduces the risk of recurrence, even in benign cases.

Keywords: Phyllodes tumor, pregnancy, diagnosis, pathology, case report.

Introducción

El tumor phyllodes representa hasta el 1 % de todos los tumores de mama y el 2,5 % de las lesiones fibroepiteliales. Se subdivide en tres tipos: benigno, limítrofe y maligno (1,2). La variante benigna constituye la forma más frecuente, representando aproximadamente el 60–80 % de los casos. Clínicamente puede ser muy similar al fibroadenoma, sin embargo, suele presentarse con mayor tamaño y se asocia a una mayor tasa de recurrencia local (1,2). Es un tumor infrecuente durante el embarazo o la lactancia, con una edad media de presentación de 31 años (rango: 21–43), inferior a la edad descrita con mayor frecuencia para la aparición de tumores phyllodes, posiblemente en relación con la etapa reproductiva (3).

Generalmente, la presentación de este tumor es una masa móvil, indolora, única, firme, de rápido crecimiento y con márgenes circunscritos, que puede desarrollarse a partir de una pequeña masa previamente inactiva (4). El tamaño promedio al momento de la detección oscila entre 4 y 5 cm de diámetro, pero hasta el 20 % de los casos puede presentar tumores gigantes mayores de 10 cm (5). El diagnóstico se basa en la integración de las características morfológicas, aunque sigue siendo un reto, especialmente para diferenciarlo de los fibroadenomas (6,7). La biopsia con aguja gruesa constituye el estándar para el diagnóstico microscópico. Entre los estudios imagenológicos, la ecografía mamaria permite observar el tumor como una masa hipoecoica o hiperecoica, frecuentemente con lobulaciones, márgenes irregulares y vascularidad detectable al Doppler.

El tratamiento incluye la escisión quirúrgica completa. No se recomienda la disección axilar debido al bajo riesgo de diseminación de los subtipos limítrofes y malignos. La radioterapia y la quimioterapia se consideran opciones adyuvantes en casos seleccionados de tumores limítrofes o malignos, o en pacientes con alto riesgo de recurrencia (3). Se describió un caso poco frecuente de tumor phyllodes benigno diagnosticado durante el embarazo, destacando su manejo clínico y quirúrgico.

Descripción del caso

Paciente de 33 años de edad, G4P3A0C0. Las gestaciones previas cursaron a término, con partos vaginales, recién nacidos vivos acordes a la edad gestacional y sin complicaciones obstétricas relevantes. Habitante de área rural dispersa, con antecedente personal de discapacidad auditiva, quien consultó previo al inicio de sus

controles prenatales por aparición de nódulo en mama derecha de crecimiento rápido y progresivo, asociado a mastalgia, sin otros síntomas. Al examen físico se evidenció en la mama derecha una lesión nodular localizada en el cuadrante supere externo, sólida, de 12 × 11 cm (medida con calibrador tipo pie de rey), sin compromiso de la piel ni del complejo areola-pezones (Figura 1). La ecografía mamaria evidenció en la mama derecha una masa sólida hipoeoica, de contornos lobulados, localizada en el cuadrante superior, con dimensiones de 91 × 59 mm, categorizada como BI-RADS 4. Adicionalmente, se realizó resonancia magnética (RM) de mama, la cual reportó una masa sólida polilobulada de 88 × 60 × 68 mm, localizada en los planos anterior y medio, con realce no homogéneo, también categorizada como BI-RADS 4. Con base en los hallazgos ecográficos y de la RM, la paciente fue llevada a biopsia con aguja gruesa (Tru-Cut) de la lesión, cuyo estudio histopatológico fue compatible con una lesión bifásica con atipia, de naturaleza por definir, con diagnósticos diferenciales de fibroadenoma y tumor phyllodes.



Figura 1. Aspecto preoperatorio del tumor de la mama derecha: masa sólida, móvil, no adherida a planos profundos sin distorsión de la piel ni del complejo areola-pezones (flecha negra). Fuente: elaboración propia.

Dado que el reporte histopatológico inicial no permitió establecer con claridad el subtipo de tumor phyllodes —describiéndose únicamente la presencia de atipia—, se decidió por el manejo quirúrgico. Se llevó a cabo resección quirúrgica completa de la lesión, evidenciándose una masa de consistencia dura, polilobulada, no adherida a planos profundos, de aspecto pálido y con vascularización, sin distorsión de la fascia, lo que permitió la extracción sin dificultad (Figura 2).

Durante el intraoperatorio y el postoperatorio no se presentaron complicaciones materno-fetales. Se realizó monitoreo fetal continuo durante el procedimiento quirúrgico y seguimiento clínico posterior, sin necesidad de paraclínicos de control. La paciente presentó una evolución clínica satisfactoria, con egreso hospitalario, indicación de micronutrientes por parte del servicio de obstetricia y seguimiento ambulatorio por el servicio de mastología.

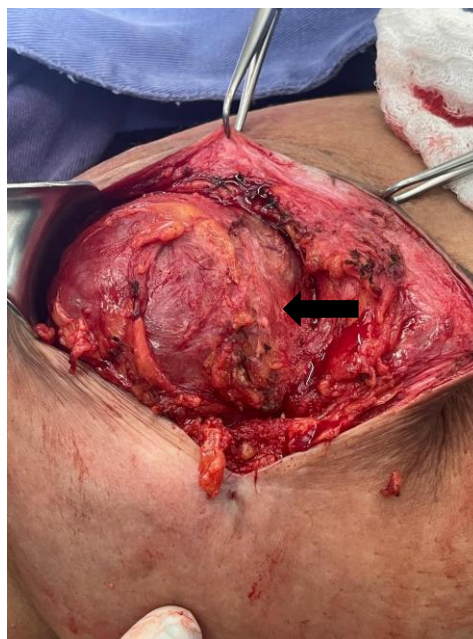


Figura 2. Hallazgos intraoperatorios: masa dura, polilobulada, pálida, con vascularización, no adherida a planos profundos ni distorsionante de la fascia, de fácil extracción (flecha negra). Fuente: elaboración propia.

El reporte de patología concluyó: tumor phyllodes con celularidad estromal leve y actividad mitótica de 2 mitosis $\times$ 10 campos de alto poder; márgenes libres de compromiso tumoral; componente de adenosis esclerosante e hiperplasia ductal usual; microcalcificaciones en ductos benignos. Inmunohistoquímica negativa para CD31, CD34, ERG, CD117, KI67 (3 %), MDM2 y CDK4. Diagnóstico definitivo: tumor phyllodes benigno (Figura 3a y 3b).

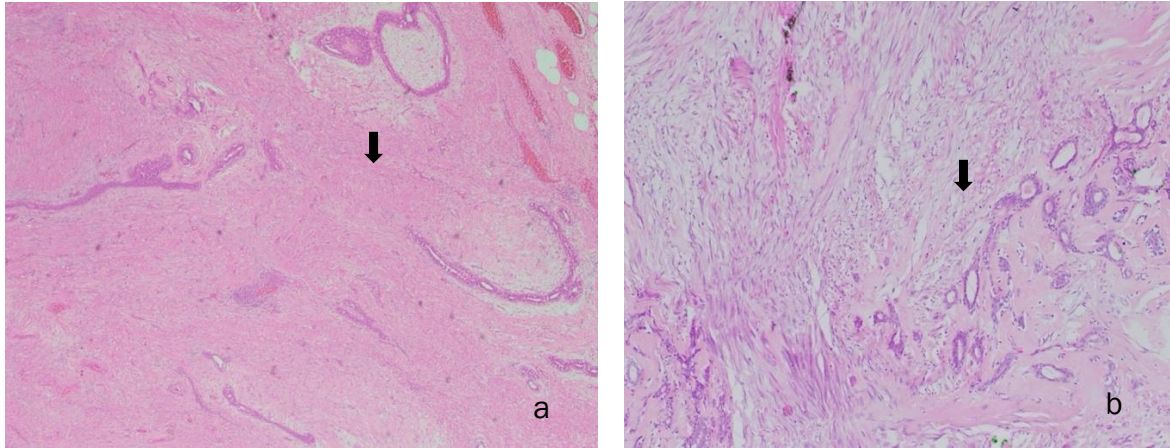


Figura 3. Aspecto microscópico del tumor mamario derecho. Figura 3a. Áreas de escasa celularidad estromal y hialinización poco frecuentes. 3b. El componente estromal presenta características similares a las de una hoja. Fuente: elaboración propia.

Discusión

Las lesiones mamarias durante el embarazo se presentan con frecuencia como nódulos quísticos o sólidos benignos. Los quistes simples no aumentan el riesgo de malignidad, mientras que los quistes complejos constituyen masas de mayor grosor que requieren biopsia guiada por ecografía y tratamiento similar al de cualquier mujer no gestante. Por otro lado, los galactoceles pueden detectarse durante el último trimestre del embarazo o durante la lactancia; su aspiración permite confirmar el contenido. La coexistencia de galactocelo y malignidad es extremadamente rara, por lo que el seguimiento hasta su resolución es fundamental (3,4).

Aunque la historia natural del tumor phyllodes asociado al embarazo es muy similar a la de los casos no gestacionales, su aparición durante la gestación o la lactancia es poco frecuente. La histología puede aportar información adicional para diferenciarlo, sin embargo, en casos complejos el examen anatomopatológico requiere evaluación exhaustiva y uso de inmunohistoquímica para un diagnóstico más preciso. En ocasiones, la resección completa de la lesión es necesaria para establecer el subtipo (benigno, limítrofe o maligno) y definir el tratamiento adecuado. El subtipo maligno es poco frecuente, representando menos del 1 % de todos los cánceres de mama, y su diagnóstico y manejo se individualizan según cada caso (2,6,7).

El diagnóstico se establece inicialmente mediante la detección del nódulo al examen clínico de la mama, seguido de estudios de imagen, principalmente ecografía mamaria, considerada la primera opción en pacientes gestantes (4,8). La ecografía no requiere exposición a radiación ionizante, es de fácil acceso y presenta una sensibilidad del 100 % y una especificidad del 88,4 % para la detección de lesiones malignas, además de permitir la evaluación axilar (8,9,11,12). No obstante, el diagnóstico imagenológico siempre debe complementarse con análisis histopatológico, preferiblemente mediante biopsia con aguja gruesa (Tru-Cut) (4,5,10).

En presencia de una imagen sospechosa en ecografía, se recomienda complementarla con mamografía, la cual es segura durante el embarazo debido a la mínima dosis de radiación fetal y su bajo riesgo de secuelas (4,8,9,10,11). Debe considerarse que los cambios fisiológicos del embarazo pueden dificultar la interpretación de ambas modalidades, por lo que son complementarias (4,9,13). En la paciente de este caso, no se realizó mamografía, ya que la ecografía proporcionó información suficiente para el manejo quirúrgico.

El manejo quirúrgico consiste en escisión local amplia con márgenes libres de aproximadamente 1 cm para neoplasias de grado 1 y 2. Se recomienda mastectomía simple sin disección axilar para neoplasias de grado 3 o de diámetro mayor de 5 cm. En la paciente de este reporte, al tratarse de un subtipo benigno, no hubo indicación de ampliación de márgenes.

El tumor phyllodes presenta un comportamiento biológico diverso: puede manifestarse de forma poco agresiva cuando es benigno, pero también puede comportarse como un tumor con capacidad metastásica si exhibe características sarcomatosas en su histopatología. La tasa libre de enfermedad a 5 años tras el tratamiento primario es de hasta el 95 %, la recurrencia local de hasta el 4,3 % y la enfermedad a distancia de hasta el 1,2 % (14). La diseminación metastásica, poco frecuente, ocurre principalmente por vía hematógena hacia pulmón y hueso. Los tumores fibroepiteliales de la glándula mamaria son relativamente frecuentes en la población colombiana, que no está exenta de estas neoplasias (15).

Por esta razón, es necesario un seguimiento multidisciplinario en pacientes gestantes con patología mamaria. En este caso, la paciente presentó un tumor phyllodes durante la gestación, manejado mediante resección local amplia con márgenes negativos, lo que permitió preservar la estética mamaria y garantizar la seguridad materno-fetal. Durante el seguimiento no se registraron recurrencias, con un desenlace clínico favorable. Este caso subraya la importancia de un enfoque multidisciplinario y del seguimiento clínico continuo para optimizar los resultados oncológicos y materno-fetales.

Conclusiones

El tumor phyllodes es una de las patologías menos frecuentes durante la gestación. A pesar del aparente aumento en su incidencia, las dificultades diagnósticas derivadas de los cambios fisiológicos del embarazo y el desconocimiento por parte del personal médico condicionan retrasos en el diagnóstico y el tratamiento, con impacto potencial en el pronóstico. Es fundamental mantener un alto índice de sospecha de malignidad en pacientes gestantes con masa mamaria y enfatizar en el examen clínico de la mama como parte integral del control prenatal. Además, con el fin de no comprometer el pronóstico materno, se debe garantizar un tratamiento estándar, oportuno y conforme a las guías de práctica clínica vigentes.

Contribución de los autores:

EFCA: idea de investigación, revisión bibliográfica, elaboración del caso clínico de investigación, participación en la redacción y análisis de la información.

JPS: revisión bibliográfica, elaboración del caso clínico de investigación, redacción y análisis de la información.

SMPB: revisión bibliográfica, elaboración del caso clínico de investigación, redacción y análisis de la información.

CERC: elaboración del caso clínico de investigación, redacción y análisis de la información.

SOJ: Toma de imágenes de patología, revisión bibliográfica.

DMCF: análisis de la información, recomendaciones sobre redacción de los componentes de introducción y discusión del artículo.

ABG: revisión bibliográfica.

Aval de comité de ética: en la sesión ordinaria del 12/09/2024, N° Acta 16/2024, el Comité de Ética analizó los contenidos de los documentos presentados y aprobó su publicación.

Financiamiento y conflictos de interés: sin financiamiento externo. Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos: se agradece a la Institución Hospital San Ignacio, Bogotá D.C. y a la paciente por permitir el acceso a la información.

Referencias

1. Byrd BF Jr, Bayer DS, Robertson JC, Stephenson SE Jr. Treatment of breast tumors associated with pregnancy and lactation. *Ann Surg.* 1962;155(6):940–947. <https://doi.org/10.1097/00000658-196215560-00014>
2. Lu Y, Chen Y, Zhu L, Cartwright P, Song E, Jacobs L, et al. Local recurrence of benign, borderline, and malignant phyllodes tumors of the breast: a systematic review and meta-analysis. *Ann Surg Oncol.* 2019;26(5):1263–1275. <https://doi.org/10.1245/s10434-018-07134-5>
3. Alipour S, Eskandari A, Johar FM, Furuya S. Phyllodes tumor of the breast during pregnancy and lactation: a systematic review. *Arch Iran Med.* 2020;23(7):488–497. <https://doi.org/10.34172/aim.2020.46>
4. Son EJ, Oh KK, Kim EK. Pregnancy-associated breast disease: radiologic features and diagnostic dilemmas. *Yonsei Med J.* 2006;47(1):34–42. <https://doi.org/10.3349/ymj.2006.47.1.34>
5. Paris I, Di Giorgio D, Carbognin L, Corrado G, Garganese G, Franceschini G, et al. Pregnancy-associated breast cancer: a multidisciplinary approach. *Clin Breast Cancer.* 2021;21(1):e120–e127. <https://doi.org/10.1016/j.clbc.2020.07.007>
6. Assi H, Salem R, Sukhon F, Abbas J, Boulos F, El Saghir N. Phyllodes tumors of the breast treated in a tertiary health care center: case series and literature review. *J Int Med Res.* 2020;48(1):300060518803530. <https://doi.org/10.1177/0300060518803530>

7. Zhang WX, Kong XY, Zhai J, Fang Y, Song Y, Wang J. Fatal outcome of malignant phyllodes tumor of the breast in pregnancy: a case and literature review. *Gland Surg.* 2021;10(1):371–377. <https://doi.org/10.21037/gs-20-538>
8. Ooi LY, Lim GH, Gudi MA. Effect of pregnancy and lactation on a benign phyllodes tumour. *BMJ Case Rep.* 2022;15(1):e247340. <https://doi.org/10.1136/bcr-2021-247340>
9. Yii N, Read T, Tan CC, Ng SL, Bennett I. Diagnosis of phyllodes tumours of the breast: how successful are our current preoperative assessment methods? *ANZ J Surg.* 2018;88(10):988–992. <https://doi.org/10.1111/ans.14815>
10. Basaran D, Turgal M, Beksac K, Ozyuncu O, Aran O, Beksac MS. Pregnancy-associated breast cancer: clinicopathological characteristics of 20 cases with a focus on identifiable causes of diagnostic delay. *Breast Care (Basel).* 2014;9(5):355–359. <https://doi.org/10.1159/000366436>
11. Taylor D, Lazberger J, Ives A, Wylie E, Saunders C. Reducing delay in the diagnosis of pregnancy-associated breast cancer: how imaging can help us. *J Med Imaging Radiat Oncol.* 2011;55(1):33–42. <https://doi.org/10.1111/j.1754-9485.2010.02227.x>
12. Yang WT, Dryden MJ, Gwyn K, Whitman GJ, Theriault R. Imaging of breast cancer diagnosed and treated with chemotherapy during pregnancy. *Radiology.* 2006;239(1):52–60. <https://doi.org/10.1148/radiol.2391050083>
13. American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee Opinion No. 723: Guidelines for diagnostic imaging during pregnancy and lactation. *Obstet Gynecol.* 2017;130(4):e210–e216. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002355>
14. Corso D, García A, Castillo JS, Coral LA. Tumor filloide. Estado del arte. *Rev Colomb Cancerol.* 2016;20(2):79–86. <https://doi.org/10.1016/j.rccan.2015.10.001>
15. Melo-Urbe MA, Cajiao G, Valenzuela N, Cajiao V, Parra-Medina R. Tumor filloide en una mujer indígena colombiana. *Repertorio Med Cir.* 2016;25(3):178–182. <https://doi.org/10.1016/j.reper.2016.06.001>