

Acta Médica Colombiana • Vol. 51 N°3 • Julio - Septiembre | 2026

Tumor *phyllodes* de larga evolución

Long-standing *phyllodes* tumor

Clara Briceño-Morales, Julián Orlando Camacho-Suárez, Estefanía Rodas-Quiceno, Luis Eduardo Barona-Tusarma • Pereira (Colombia)

Dra. Clara Briceño-Morales, Dr. Julián Orlando Camacho-Suárez, Dra. Estefanía Rodas-Quiceno, Dr. Luis Eduardo Barona-Tusarma. Universidad Tecnológica de Pereira, Grupo de Investigación en Ciencias Quirúrgicas. Pereira (Colombia).

Correspondencia: Dra. Estefanía Rodas-Quiceno, Pereira (Colombia).

E-Mail: estefania.rodas@utp.edu.co

Recibido: 4/IV/2026

Aceptado: 25/V/2026

Resumen

Introducción: los tumores *phyllodes* son neoplasias fibroepiteliales raras que representan menos de 1% de los tumores mamarios. Se clasifican en benignos, borderline o malignos según su histología. El tratamiento estándar es la resección quirúrgica con márgenes amplios (≥ 1 cm) para prevenir la recurrencia local.

Caso: mujer de 67 años con una masa mamaria de 20 años de evolución que mostró crecimiento acelerado, ulceración y sangrado en los últimos seis meses. El rechazo inicial a la cirugía provocó progresión local y anemia moderada. Finalmente se realizó una mastectomía radical con márgenes libres, confirmándose un tumor *phyllodes* benigno.

Discusión: el diagnóstico histopatológico preoperatorio de los tumores *phyllodes* puede resultar difícil por su similitud con otras neoplasias fibroepiteliales, en especial cuando se trata de tumores *phyllodes* benignos. El caso presentado demuestra la posible discordancia entre una clínica agresiva (crecimiento rápido y ulceración) y un comportamiento histológico benigno. Además, se resaltan los factores socioculturales que influyen de forma negativa en el tratamiento de las pacientes.

Conclusiones: es crucial mantener una alta sospecha clínica ante masas mamarias de crecimiento rápido para evitar complicaciones graves. La mastectomía radical es una opción segura para los tumores gigantes, pero se requiere un seguimiento estricto y prolongado debido al riesgo de recurrencia y el comportamiento a veces impredecible de estas neoplasias.

Palabras clave: tumor *phyllodes*, mama, neoplasias mamarias.

Abstract

Introduction: *phyllodes* tumors are rare fibroepithelial neoplasms, accounting for less than 1% of breast tumors. They are classified as benign, borderline, or malignant, depending on their histology. Standard treatment involves surgical excision with wide margins (≥ 1 cm) to prevent local recurrence.

Case: a 67-year-old woman had a 20-year history of a breast mass, with accelerated growth, ulceration, and bleeding in the previous six months. Her initial refusal to undergo surgery led to local progression and moderate anemia. She finally underwent a radical mastectomy with free margins, and a benign *phyllodes* tumor was confirmed.



Discussion: the preoperative histopathological diagnosis of *phyllodes* tumors may be difficult due to their similarity to other fibroepithelial neoplasms, especially in the case of benign *phyllodes* tumors. The case presented shows the possible discrepancy between aggressive signs and symptoms (rapid growth and ulceration) and a benign histology. It also highlights the sociocultural factors that negatively affect patient treatment.

Conclusions: a high index of suspicion must be maintained for rapidly growing breast masses to prevent serious complications. Radical mastectomy is a safe option for giant tumors, but strict, prolonged follow-up is needed due to the risk of recurrence and occasionally unpredictable behavior of these tumors.

Keywords: *phyllodes tumor, breast, breast tumors.*

Introducción

Los tumores *phyllodes* constituyen menos de 1% de las neoplasias mamarias y entre 2 y 3% de los tumores fibroepiteliales de la mama (1). Histológicamente presentan un componente epitelial benigno y un estroma mesenquimatoso de comportamiento variable, lo que explica su heterogeneidad clínica y patológica (2). Según la OMS (5.^a ed.), se clasifican en benignos, borderline y malignos, en función de parámetros histológicos como la celularidad estromal, la atipia nuclear, la actividad mitótica, el sobrecrecimiento estromal, la presencia de elementos heterólogos y el patrón del borde de resección (3). La Tabla 1 sintetiza las diferencias principales entre los diferentes tipos de tumores *phyllodes* y los fibroadenomas (4).

El diagnóstico clínico e imagenológico es desafiante por la similitud con fibroadenomas en estadios iniciales (1). Algunos tumores *phyllodes* crecen rápidamente, pudiendo alcanzar un gran tamaño, y se consideran “gigantes” aquellos mayores de 10 cm. La

resección quirúrgica con márgenes amplios (≥ 1 cm) es el pilar del tratamiento por su conocida tendencia a la recurrencia local (reportada entre 12 y 42% según sub-tipo). El riesgo de metástasis a distancia en tumores *phyllodes* malignos se ha estimado entre 5 y 40%, afectando preferentemente al pulmón y hueso. El papel de la radioterapia y la quimioterapia adyuvantes no está claramente establecido y se reserva para situaciones de alto riesgo o recurrencia (5).

Se presenta el caso de una paciente con tumor *phyllodes* gigante de larga evolución, con análisis de factores clínicos y socioculturales que influyeron en la demora y en la elección terapéutica.

Presentación del caso

Mujer de 67 años con antecedente de tabaquismo pesado y pobre red de apoyo social y familiar, que consultó por una masa mamaria izquierda de 20 años de evolución, inicialmente de crecimiento lento, que presentó un aumento acelerado de tamaño en los últimos

Tabla 1. Diferencias entre fibroadenoma, tumor *phyllodes* benigno, borderline y maligno (4).

Característica	Fibroadenoma	Phyllodes benigno	Phyllodes borderline	Phyllodes maligno
Grupo etario típico (años)	20-30	40-50	40-55	45-55
Tamaño promedio	1-2 cm	4-5 cm	4 a >7 cm	4 a >7 cm
Celularidad estromal	Escasa, uniforme	Leve, no uniforme	Moderada, no uniforme	Marcada y difusa
Borde tumoral	Bien definido	Bien definido	Bien definido, puede ser focalmente permeable	Permeable
Atipia estromal	Ninguna	Ninguna o leve	Leve o moderada	Marcada
Actividad mitótica	Ninguna o baja	<2.5 mitosis/mm ²	2.5-<5 mitosis/mm ²	≥ 5 mitosis/mm ²
Sobrecrecimiento estromal	Ausente	Ausente	Ausente o muy focal	A menudo presente
Recurrencia local	~10 %	~10-15 %	~15%	~29%
Metástasis	0 %	<1 %	~10%	~50%

seis meses. El examen físico inicial mostró una mama izquierda completamente reemplazada por un tumor de 20 cm, con edema y adelgazamiento de la piel de la pared anterior del tórax y abundante circulación colateral. La biopsia con aguja gruesa (trucut) fue equívoca, sin que pudiera diferenciarse entre un tumor *phylloides* y un fibroadenoma gigante. La tomografía de tórax confirmó la presencia de una gran masa dependiente de la glándula mamaria izquierda, de 226 × 215 mm, de consistencia heterogénea, multilobulada y predominantemente hipodensa (Figura 1A).

Se propuso a la paciente la realización de una mastectomía radical modificada (MRM) izquierda como abordaje terapéutico definitivo; no obstante, rechazó el procedimiento y se perdió el seguimiento clínico por un periodo aproximado de seis meses. Transcurrido este tiempo, la paciente consultó por el servicio de urgencias ante la presencia de dolor mamario incapacitante, astenia, adinamia y un marcado deterioro de su clase funcional. Para ese momento, el examen clínico evidenció que el tumor mamario medía 30 cm, se encontraba altamente vascularizado y asociado a edema, fibrosis del tejido celular subcutáneo y múltiples nódulos de permeación cutánea de hasta 6 cm, algunos con ulceración y sangrado, así como a adenopatías axilares ipsilaterales de aspecto infiltrativo (Figura 1B). La mama y la axila contralateral eran clínicamente negativas. Nuevamente se propuso a la paciente la realización de una MRM como único método para el tratamiento definitivo de su patología; sin embargo,

rechazó una vez más la opción quirúrgica alegando razones de tipo familiar, social y económico (vivienda en zona rural apartada, falta de apoyo para los cuidados posoperatorios y dificultades para solventar los costos de traslado, alimentación, entre otros), y solicitó egreso voluntario.

Transcurridos dos meses, la paciente reingresó por urgencias ante la presencia de dolor incapacitante, incremento adicional en las dimensiones de la masa y episodios de sangrado tumoral frecuente, así como disnea de moderados esfuerzos. Se documentó una anemia moderada normocítica normocrómica (Hb 8.9 g/dL; VCM 81 fL; HCM 25.3 pg) y se transfundieron dos unidades de concentrado globular. Una nueva tomografía de tórax descartó metástasis pulmonares, derrame pleural o infiltración de la pared torácica. La paciente finalmente aceptó la cirugía, practicándose una MRM izquierda con vaciamiento axilar y resección parcial del músculo pectoral mayor. La pieza quirúrgica mostró un tumor de aproximadamente 35 cm y 10.2 kg de peso (Figuras 2A, 2B). Durante la evolución posoperatoria no se presentaron complicaciones.

La patología de la pieza quirúrgica informó una neoplasia mamaria bifásica bien delimitada, compuesta por células mesenquimales de tamaño pequeño, con núcleos ligeramente ahusados, sin atipia ni actividad mitótica relevante, y zonas con unidades ductolobulillares dispuestas en un patrón intracanalicular con patrón de “hoja”, revestidas por epitelio ductal benigno bilaminar. No se identificaron elementos

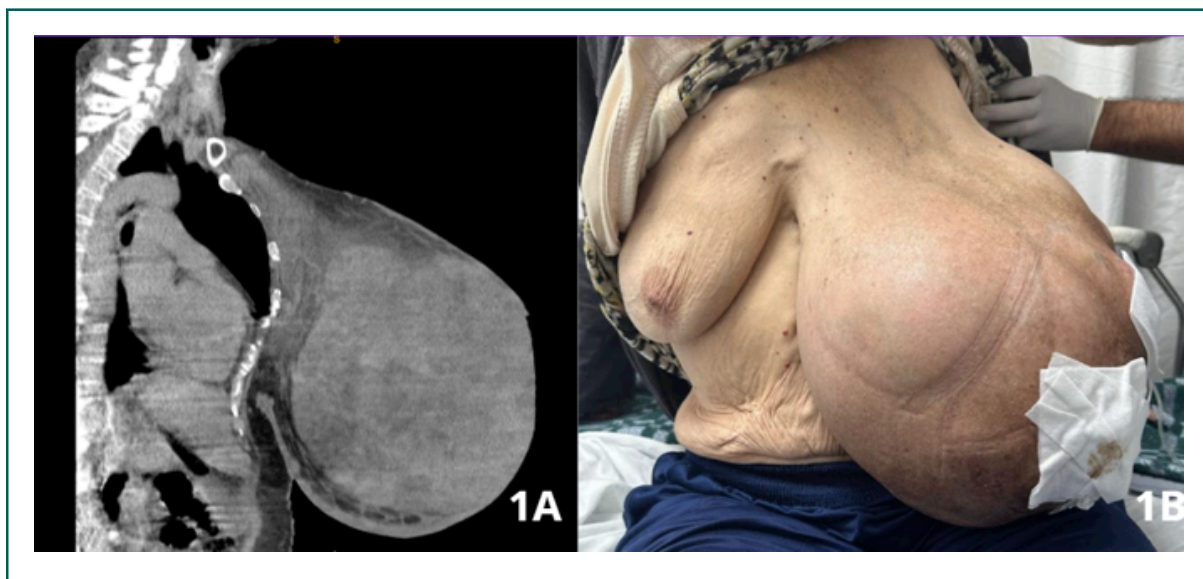


Figura 1A. Corte sagital de la tomografía de tórax, la cual muestra una masa de gran tamaño dependiente de la glándula mamaria izquierda, no adherida a la pared del tórax. **Figura 1B:** imagen prequirúrgica.



Figura 2A y 2B. Fotos tomadas durante el procedimiento quirúrgico. La imagen 2A muestra el lecho quirúrgico y la resección parcial del músculo pectoral mayor (flecha negra). La imagen 2B muestra el cierre de la herida quirúrgica.

heterólogos sarcomatosos, pero sí extensas áreas de necrosis y formaciones quísticas. Los márgenes quirúrgicos fueron reportados como negativos a 7 mm de la lesión, y el vaciamiento axilar informó 10 ganglios sin afectación tumoral. Los hallazgos fueron compatibles con un tumor *phyllodes* benigno, por lo cual la paciente no requirió otras terapias complementarias. A los seis meses posoperatorios la paciente se encontraba sin evidencia de signos clínicos o imagenológicos de recaída de la enfermedad.

Discusión

Los tumores *phyllodes* son neoplasias mamarias infrecuentes, típicamente se presentan en mujeres en la quinta década de la vida y por lo general son unilaterales. La distinción preoperatoria del tumor *phyllodes* con el fibroadenoma puede ser difícil: la heterogeneidad intratumoral y los cambios quísticos pueden producir biopsias percutáneas no concluyentes, especialmente en tumores voluminosos (2), como el de la paciente presentada. En este caso, la diferenciación entre tumor *phyllodes* y fibroadenoma demandó una estrecha correlación entre la presentación clínica, los estudios imagenológicos y los hallazgos intraoperatorios e histopatológicos, elementos que resultaron fundamentales para orientar el manejo de forma apropiada.

Si bien la resonancia magnética contrastada de mamas puede aportar mayor caracterización preoperatoria en lesiones complejas, y hubiera sido de gran

utilidad para este caso, su disponibilidad es limitada en muchas instituciones, tal como ha sido previamente informado por otros autores (6).

La afectación ganglionar en tumores *phyllodes* es infrecuente, por lo que el vaciamiento axilar no es estándar; en la paciente del presente reporte, dicha intervención se llevó a cabo fundamentada en los hallazgos clínicos y los estudios imagenológicos que evidenciaron adenopatías de aspecto sospechoso. La adyuvancia (radioterapia o quimioterapia) carece de consenso; habitualmente se reserva para tumores *phyllodes* malignos, márgenes insuficientes o recidivas locales extensas (7). El riesgo de metástasis a distancia en los tumores *phyllodes* benignos es excepcionalmente bajo, siendo su principal complicación la recurrencia local; no obstante, su comportamiento biológico puede resultar impredecible, y han sido reportados casos aislados de neoplasias inicialmente clasificadas como benignas que recurrieron con características de malignidad (8).

El objetivo terapéutico es la resección con márgenes adecuados; la OMS recomienda márgenes ≥ 1 cm y varias cohortes asocian márgenes estrechos a mayor recurrencia, pero subsiste debate y debe individualizarse según el tamaño tumoral, el compromiso cutáneo y las características histológicas (3). En tumores gigantes o ulcerados, la mastectomía permite control local y facilita la rehabilitación funcional (9).

El caso aquí presentado ejemplifica la posible discordancia entre una presentación clínica alarmante

(crecimiento rápido, nódulos de permeación, ulceración) y un comportamiento histológico benigno, y resalta el impacto de factores socioculturales y económicos en la negativa inicial al tratamiento, lo que influyó en la progresión de la enfermedad y el deterioro funcional. Mejorar la comunicación médico-paciente, proveer acompañamiento psicosocial y mitigar las barreras de acceso al tratamiento quirúrgico constituyen estrategias críticas para mejorar el pronóstico clínico. Resulta imperativo ofrecer apoyo integral, evaluar la rehabilitación funcional y considerar alternativas de reconstrucción mamaria, con el propósito de fortalecer la adherencia terapéutica y la calidad de vida de las pacientes. El abordaje debe ser individualizado, multidisciplinario y con un seguimiento prolongado, orientado a garantizar un control local adecuado que prevenga complicaciones futuras (10).

Conclusión

El presente reporte subraya la relevancia de mantener una alta sospecha clínica frente a masas mamarias de crecimiento acelerado, dada la posibilidad diagnóstica de un tumor *phyllodes*. Un abordaje quirúrgico demorado, ya sea por factores médicos, socioculturales o económicos, puede implicar la progresión local de la enfermedad con posteriores complicaciones de tipo hemorrágico e infeccioso. La mastectomía es una opción segura y efectiva como tratamiento definitivo de los tumores *phyllodes* gigantes. Se requiere un seguimiento posoperatorio estricto, dada la tendencia a la recurrencia local de los tumores *phyllodes*, especialmente los malignos. La educación a la paciente, la adherencia terapéutica y la intervención temprana optimizan los resultados clínicos y disminuyen la morbilidad asociada a estas neoplasias mamarias de comportamiento impredecible.

Referencias

1. **Lissidini G, Mulè A, Santoro A, Papa G, Nicosia L, Cassano E, et al.** Malignant phyllodes tumor of the breast: a systematic review. *Pathologica*. 2022;114(2):111-20.
2. **Tan BY, Acs G, Apple SK, Badve S, Bleiweiss IJ, Brogi E, et al.** Phyllodes tumours of the breast: a consensus review. *Histopathology*. 2016;68(1):5-21.
3. **World Health Organization Classification of Tumours Editorial Board.** Breast Tumours. 5th ed. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2019. (WHO Classification of Tumours Series, Volume 2).
4. **Packer MDC, Lester SC.** Current understanding of phyllodes tumors of the breast: tumor classification, molecular landscape, and best pathology practice. *Hum Pathol*. 2025;162:105863.
5. **Boutas I, Kontogeorgi A, Dimas D, Koufopoulos N, Genitsaridi SM, Sitara K, et al.** Local recurrence for phyllodes tumours of the breast: systematic review and meta-analysis. *Oncol Lett*. 2022;24(4):353.
6. **Liang Y, Li QY, Li JH, Zhang L, Wang Y, Wang BJ, et al.** Application of MRI-based tumor heterogeneity analysis for identification and pathologic staging of breast phyllodes tumor. *Magn Reson Imaging*. 2025;117:110325.
7. **Sars C, Sackey H, Frisell J, Dickman PW, Karlsson F, Kindts I, et al.** Current clinical practice in the management of phyllodes tumors of the breast: an international cross-sectional study among surgeons and oncologists. *Breast Cancer Res Treat*. 2023;199(2):293-304.
8. **Koh VC, Thike AA, Tan PH.** Distant metastases in phyllodes tumours of the breast: an overview. *Appl Cancer Res*. 2017;37(15).
9. **Boland PA, Ali Beegan A, Stokes M, Kell MR, Barry JM, O'Brien A, et al.** Management and outcomes of phyllodes tumours: 10-year experience. *Breast Dis*. 2021;40(3):171-6.
10. **Guio-Ávila JI, Castañeda-Cardona C, Gutiérrez-Castañeda MA, Pineda-Trujillo N.** Phyllodes tumor of the breast: experience in the diagnosis, treatment and follow-up of 28 cases in Colombia. *Ginecol Obstet Méx*. 2020;88(5):283-90.