

Tumor filoides maligno gigante de mama y embarazo: reto obstétrico en el bienestar materno fetal, a propósito de un caso

 Ana Karina Leiva,¹
 Alexandra Rivero-Fraute,²
 Gabriel Pérez,³
 Lianeth Salazar,⁴
 María Eugenia Guerra,⁵
 Thais Padrón.⁶

RESUMEN

Se presenta el caso de una patología quirúrgica infrecuente y más aún, durante el embarazo que constituye del 0,3 % al 0,9 % de las neoplasias mamarias femeninas. Se trata de paciente femenina de 21 años de edad, quien presenta aumento progresivo de volumen en mama izquierda en el primer trimestre del embarazo. Se intervino quirúrgicamente con resultado de tumor filoides maligno. Se mantuvo en control prenatal y en vista de crecimiento del tumor a las 33 semanas más 6 días se realiza cesárea segmentaria. La paciente egresa a las 48 horas en condiciones estables. Anatomía patológica reporta: neoplasia maligna de aspecto mesenquimático con patrón de crecimiento difuso de células fusiformes y epitelioides, planteándose diagnósticos diferenciales de tumor maligno filoides vs. sarcoma primario de mama. Los estudios de extensión confirman presencia de metástasis ósea y pulmonar. Paciente fallece durante su segundo ciclo de quimioterapia debido a una complicación (tromboembolismo pulmonar).

Palabras clave: tumor filoides, tumor filoides maligno, tumor de mama y embarazo.

Giant malignant phyllodes tumor of the breast and pregnancy: obstetric challenge in maternal-fetal well-being, a case report

SUMMARY

We present a case of a rare surgical pathology, particularly during pregnancy, which accounts for 0.3% to 0.9% of all female breast neoplasms. The patient was a 21-year-old woman who presented with progressive enlargement of her left breast during the first trimester of pregnancy. She underwent surgery, which revealed a malignant phyllodes tumor. She remained under prenatal care, and due to tumor growth, a cesarean section was performed at 33 weeks and 6 days. The patient was discharged 48 hours later in stable condition. Histopathology reported a malignant neoplasm with a mesenchymal appearance and a diffuse growth pattern of spindle and epithelioid cells, raising differential diagnoses of malignant phyllodes tumor versus primary breast sarcoma. Further studies confirmed the presence of bone and lung metastases. The patient died during her second cycle of chemotherapy due to a complication (pulmonary embolism).

Keywords: phyllodes tumor, malignant phyllodes tumor, breast tumor and pregnancy.

INTRODUCCIÓN

El diagnóstico de un tumor filoides de mama durante el embarazo es una situación poco frecuente que puede generar gran preocupación. No existen estadísticas específicas y actualizadas sobre su prevalencia en Venezuela. Estos tumores son proliferaciones

fibroepiteliales de la glándula mamaria, lo que significa que están compuestos por tejido conectivo (estroma) y tejido glandular (epitelio). Aunque la mayoría son benignos, un pequeño porcentaje puede ser maligno o limítrofe, y su comportamiento durante la gestación puede ser impredecible debido a los cambios hormonales que ocurren en el cuerpo de la mujer (1, 2).

El tumor filoide, presenta un crecimiento rápido y tiene el potencial de recidivar localmente si no se extirpa por completo. La coexistencia de un embarazo y este tipo de tumor plantea desafíos únicos en cuanto a su diagnóstico y manejo. La evaluación se complica por

Centro Clínico Fénix Salud. Caracas-Venezuela. ¹Ginecólogo Obstetra, Diplomado en Medicina Materno Fetal. ²Obstetra Ginecólogo, Perinatólogo. ³Cirujano Oncólogo. ⁴Cirujano Especialista en reconstrucción Oncológica. ⁵Anestesiólogo. ⁶Neonatólogo. Correo para correspondencia: akleivaf@gmail.com

Forma de citar este artículo: Leiva AK, Rivero-Fraute A, Pérez G, Salazar L, Guerra ME, Padrón T. Rev Obstet Ginecol Venez. Tumor filoides maligno gigante de mama y embarazo: reto obstétrico en el bienestar materno fetal, a propósito de un caso. 2026;86(1):171-175. DOI: 10.51288/00860120

los cambios fisiológicos de las mamas, y las opciones de tratamiento deben sopesarse cuidadosamente para proteger la salud de la madre y del feto. Por ello, el abordaje requiere una estrecha colaboración entre obstetras, cirujanos y oncólogos (2 - 8).

CASO CLÍNICO

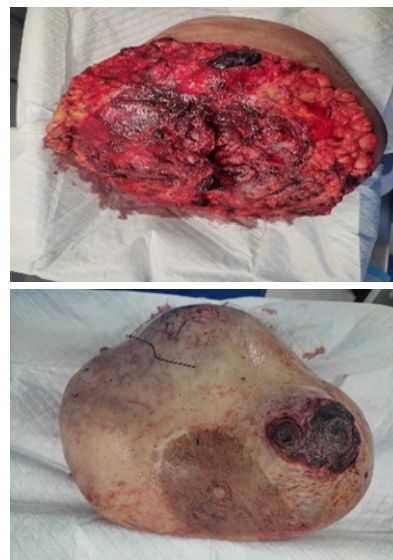
Se presenta caso clínico de una gestante de 21 años de edad, IIG, IC, a quien el 18/07/2024 (primer trimestre de embarazo), se le realizó una biopsia en mama izquierda por presentar aumento de volumen, el hallazgo histopatológico fue compatibles con tumor fibroepitelial sugestivo de tumor filoides limítrofe, con necrosis tumoral presente y actividad mitótica de 03 mitosis/10 cap /diámetro de 4 mm. A las 18 semanas de embarazo, fue sometida a una resección quirúrgica inicial; (19/09/2024), se reportó un tumor de 570 gramos, neoplasia fibroepitelial con características morfológicas de tumor filoides maligno, con cambios mixoides y células gigantes multinucleadas. La actividad mitótica evaluable de 12 mitosis 10 cap/ diámetro 4mm.

Durante la gestación, la lesión creció exponencialmente, con síntomas compresivos torácicos, disnea, obstrucción venosa superior y ulceración hemorrágica cutánea (Figura 1). Se realizó un estricto control prenatal, cubriéndose el área fetal y materna desde el punto de vista infeccioso y de evolución perinatal hasta alcanzar madurez pulmonar fetal por *doppler* de la arteria pulmonar fetal.

Tras estricta evaluación oncológica y obstétrica, se decidió realizar de forma simultánea, a las 33 semanas más 6 días, cesárea segmentaria y exéresis tumoral (enero 2025) (Figuras 2 y 3), con reconstrucción sin colocación de implante (Figura 4). Se resecó el músculo pectoral.



Figura 1. Tumor mamario izquierdo con superficie multinodular y áreas quísticas.



Figuras 2 y 3. Pieza quirúrgica posterior a exéresis.



Figura 4. Reconstrucción sin colocación de implante.

Se obtuvo recién nacido pretérmino, femenino, acorde a edad gestacional, que lloró y respiró al nacer, atendido por el equipo de neonatología, peso de 2285 g y talla de 46 cm (Figura 5). El tumor pesó 5070 g (Figura 6).



Figura 5. Neonato en cuidados intensivos neonatales.



Figura 6. Pieza quirúrgica con peso de 5070 gramos.

El recién nacido egresó en buenas condiciones generales y la madre egresó hemodinámicamente estable posterior a recibir hemoderivados y cuidados posoperatorios exhaustivos. La anatomía patológica reportó un tumor poco diferenciado, en el cual se plantea el diagnóstico de tumor filoides maligno versus sarcoma primario de mama. La placenta no tenía alteraciones histológicas. Se hicieron estudios

de extensión que reportaron metástasis a distancia (pulmonar y ósea).

Luego de cicatrizar la herida, inició el primer ciclo de quimioterapia. Posteriormente, cumpliendo en segundo ciclo de quimioterapia la paciente presentó complicación (tromboembolismo pulmonar), falleciendo seis meses después.

DISCUSIÓN

El tumor filoides de la mama es considerado una neoplasia de origen fibroepitelial, su morfología es continua de benigno a maligno, tienen mayor tendencia a la recurrencia local y diseminación generalizada (1, 2). Su estroma es más abundante y más celular que los fibroadenomas, con un patrón complejo y mayor pleomorfismo en las células estromales. Una actividad mitótica significativa (más de 3 mitosis por cada 10 campos). La incidencia global del tumor filoides es baja, con una tasa de 2,1 por un millón de mujeres. La falta de estadísticas sobre el tumor filoides maligno en embarazadas en Venezuela, se debe a la rareza de la afección a nivel mundial. Su asociación con el embarazo es rara, sin embargo, pueden crecer rápidamente durante la gestación ya que inicialmente se dificulta el diagnóstico, enmascarado por cambios hormonales y comportamiento de la mama. La literatura asevera un mayor grado de malignidad y bilateralidad durante este período.

La primera descripción de este tumor se le atribuye a Johannes Müller (9) en 1938, quien describió un tipo de tumor de contenido quístico, carnoso y con hendiduras en su interior, semejantes a las hojas de un libro, al que denominó *cistosarcoma phyllodes*.

Aunque pueden aparecer a cualquier edad, el principal grupo etáreo son mujeres en la sexta década de la vida.

La biopsia intraoperatoria debe ser realizada para confirmar el diagnóstico y el grado histológico. Desde el punto de vista microscópico, es necesaria la presencia del componente epitelial y el estroma, ya que este es el componente neoplásico. En la inmunohistoquímica el estroma es vimentín positivo. Una proporción variable de casos presenta reactividad a la actina y a la desmina, y las células estromales muestran escasamente positividad a S-100. Con un criterio absoluto de malignidad que se impone con la metástasis sistémica (10).

Debido a que existen diferentes características histológicas, en el estroma y en el componente epitelial, cabe el diagnóstico diferencial desde un fibroadenoma hasta un sarcoma. En vista que el tumor filoides posee una historia natural y evolución muy diferente entre sí, se han establecido criterios histológicos que permitan clasificarlos (4, 5).

Existen diversas clasificaciones, tales como las de Treves y Suderlan (11), luego la de Lester y Scout (12), las cuales han resultado poco prácticas a la hora de realizar un pronóstico del tumor. Es por ello que, de inicio, Norris (13) y después Azzopardi (14), dividieron los tumores *phyllodes* en tres grandes grupos, que son por los que actualmente se rige la Organización Mundial para la Salud (OMS), basándose en los siguientes parámetros:

Márgenes de la neoplasia: considerándose indicativos de pronóstico favorable, los márgenes netos y bien demarcados al examen bajo microscopio. Por el contrario, los márgenes infiltrativos son una expresión de riesgo de recidiva locoregional o de metástasis a distancia (5, 6).

Aspectos de la composición del estroma: los tumores *borderline* y malignos presentan marcada celularidad en el estroma. Estos últimos, además, se caracterizan por áreas de diferenciación sarcomatosa. Por orden

de frecuencia se describen áreas de fibrosarcoma, liposarcoma, condrosarcoma, osteosarcoma y sarcoma indiferenciado (5, 6).

Número de mitosis: según Azzopardi (14), un número de dos a tres por HPF (*high-power field*) (x 400), es un signo fiable de malignidad. Pietruzka y Barnes (15), sostienen que un número de 1 a 4 mitosis caracteriza a los filoides benignos, de 5 a 9 los *borderline* y más de 10 a los malignos (5, 6).

Atipia celular: un grado elevado de atipia celular pondría sobre la pista de un tumor filoides maligno. Es importante mencionar que la ausencia de atipia no es un signo seguro de benignidad (5).

Con relación al tratamiento, es la cirugía la elección, siendo el tipo de mastectomía motivo de controversia, debido a que existen tumores que pueden ser tratados mediante una cirugía conservadora. El procedimiento quirúrgico idóneo para los tumores filoides benignos, podría ser una resección local amplia, dejando un margen de tejido mamario normal alrededor de la lesión de 1 a 2 cm. Las lesiones recurrentes podrían ser controladas con una nueva resección local o mastectomía. La mastectomía también podría considerarse de inicio para aquellas pacientes con tumores de gran tamaño. El tratamiento óptimo para las formas *borderline* y malignas es una escisión local (7).

Las metástasis a distancia se pueden presentar principalmente en pulmón en un 60 % al 70 % y en el sistema esquelético (25 % - 30 %). La afectación de ganglios linfáticos no es común (2, 3).

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS

1. Limaïem F, Kashyap S. Phyllodes Tumor of the Breast. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [consultado el 10 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK541138>.
2. Alipour S, Eskandari A. Phyllodes Tumor of the Breast in Pregnancy and Lactation. *Adv Exp Med Biol*. 2020;1252:137-142. DOI: 10.1007/978-3-030-41596-9_19.
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. DOI: 10.34172/aim.2020.46.
4. 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. DOI: 10.21037/gs-20-538.
5. Asoglu O, Ugurlu MM, Blanchard K, Grant CS, Reynolds C, Cha SS, *et al*. Risk factors for recurrence and death after primary surgical treatment of malignant phyllodes tumors. *Ann Surg Oncol*. 2004;11(11):1011-7. DOI: 10.1245/ASO.2004.02.001.
6. Pérez García J, Villagrán Anzueto G. Tumor filoides de mama en paciente embarazada: presentación inusual en práctica obstétrica de caso. *Rev Méd Hondur* [Internet]. 2025 [consultado el 24 julio de 2025];93 (1). Disponible en: <https://revistamedicahondurena.hn/dmsdocument/465-revmedhondur-caso-clinico-tumor-filoides-de-mama-vol-93-numero1-2025-pdf>.
7. Gómez A, Velásquez Y, Nasser S, Suárez J, Palacios L, Tirado E. Tumor Phyllodes Maligno: A propósito de un caso. *Rev Venez Oncol* [Internet]. 2008 [consultado el 10 de septiembre de 2025]; 20(3): 161-164. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-05822008000300009&lng=es.
8. Parker SJ, Harries SA. Phyllodes tumours. *Postgrad Med J*. 2001;77(909):428-35. DOI: 10.1136/pmj.77.909.428.
9. Müller J. Über den feinern Bau und die Formen der krankhaften Geschwülste [Sobre la estructura íntima y las formas de los tumores morbosos]. Berlin: G. Reimer Publisher. 1838.
10. Breast tumours. WHO Classification of Tumours. Quinta edición. Ginebra: Editorial Board International Agency for Research on Cancer; 2019.
11. Treves N, Sunderland DA. Cystosarcoma phyllodes of the breast: a malignant and a benign tumor; a clinicopathological study of seventy-seven cases. *Cancer*. 1951;4(6):1286-1332. DOI: 10.1002/1097-0142(195111)4:6<1286::aid-cncr2820040614>3.0.co;2-t.
12. Lester J, Stout AP. Cystosarcoma phyllodes. *Cancer*. 1954;7(2):335-53. DOI: 10.1002/1097-0142(195403)7:2<335::aid-cncr2820070219>3.0.co;2-j.
13. Norris HJ, Taylor HB. Relationship of histologic features to behavior of cystosarcoma phyllodes. Analysis of ninety-four cases. *Cancer*. 1967;20(12):2090-9. DOI: 10.1002/1097-0142(196712)20:12<2090::aid-cncr2820201206>3.0.co;2-l.
14. Azzopardi JG. Problems in breast pathology. Filadelfia: WB Saunders; 1979.
15. Pietruszka M, Barnes L. Cystosarcoma phyllodes: a clinicopathologic analysis of 42 cases. *Cancer*. 1978;41(5):1974-83. DOI: 10.1002/1097-0142(197805)41:5<1974::aid-cncr2820410543>3.0.co;2-c.

Recibido 1 de septiembre de 2025.
Aprobado para publicación 5 de diciembre de 2025.