UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

TUMOR FILOIDES DE MAMA DERECHA: REPORTE DE CASO

PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO

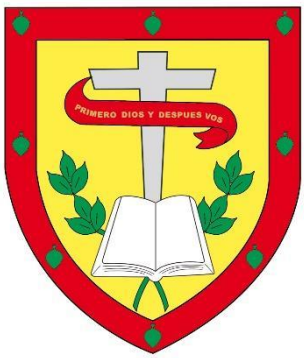
AUTOR: XAVIERA PATRICIA VELIZ VARGAS

DR. IGNACIO GUILLERMO QUINDE MOROCHO

CUENCA - ECUADOR

2026

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

TUMOR FILOIDES DE MAMA DERECHA: REPORTE DE CASO

PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO

AUTOR: XAVIERA PATRICIA VELIZ VARGAS

DR. IGNACIO GUILLERMO QUINDE MOROCHO

CUENCA - ECUADOR

2026

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO

DECLARATORIA DE AUTORÍA Y RESPONSABILIDAD

Xaviera Patricia Veliz Vargas portador(a) de la cédula de ciudadanía Nº **070697581-0**. Declaro ser el autor de la obra: **"Tumor filoides de mama derecha: 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, 11 de octubre de 2026



F: ……..

Xaviera Patricia Veliz Vargas

C.I. 070697581-0

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR / TUTOR

Certifico que el presente trabajo denominado **"Tumor filoides de mama derecha: Reporte de caso"** realizado por **Xaviera Patricia Veliz Vargas** con documento de identidad **No. 070697581-0**, 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, 11 de octubre de 2026

Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
IGNACIO GUILLERMO
QUINDE MOROCHO

F: ……..

Dr. Ignacio Guillermo Quinde Morocho
DIRECTOR / TUTOR

DEDICATORIA

A mis padres, Patricio y Karina, por apoyarme a cumplir uno de mis más grandes sueños. Gracias por sus sacrificios constantes, su amor incondicional y por enseñarme que, por más obstáculos que se presenten en el camino, no hay meta que no se pueda alcanzar. Este es el resultado de todo su esfuerzo.

A mi mamita Alicia, la mujer extraordinaria que me educó con mucha paciencia y amor desde niña. Gracias por ser parte de ese hogar lleno de amor donde crecí, por cada oración y por tu fe inquebrantable que moldeó mi corazón.

A mis hermanos, Ricardo, Paulette y Kenny, por apoyarme en cada uno de mis sueños. Gracias por alegrarme la vida y por enseñarme que, juntos podemos lograrlo todo.

A mis tíos, Jorge y Mayra, por estar presentes a lo largo de mi vida, por tener una palabra de aliento en el momento exacto y por celebrar conmigo cada victoria.

A mi compañero de vida, Andony, por su amor sin medidas, su paciencia infinita, por ser mi apoyo constante cada día y estar presente en los momentos más difíciles de mi carrera.

A todos ustedes, familia, muchas gracias por darme las fuerzas necesarias para no rendirme a mitad del camino y hacer realidad el sueño de convertirme en doctora desde que era niña. Este logro se lo dedico a todos ustedes con mucho amor. Mi gratitud y amor para siempre.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por ser el creador de mi vida, por acompañarme siempre en los momentos más difíciles y por darme la vocación para servir a los demás a través de la medicina.

A mi universidad, por abrirme sus puertas, ser el escenario de mi crecimiento académico y personal, y convertirse en el hogar donde transforme mi vocación en una profesión.

A mis docentes, por transmitir su conocimiento con entrega, por exigir de mí la excelencia y por enseñarme no solo la ciencia de sanar, sino la humanidad y el respeto que exige la carrera de medicina.

A mi tutor, por guiarme con paciencia, por su constante orientación académica y por haber dedicado su tiempo y sabiduría para encaminar con éxito la culminación de este trabajo de titulación.

A mis padres, mi refugio, mi orgullo y la razón de cada uno de mis pasos. Ningún título alcanzará para agradecerles todos los sacrificios que han hecho por mí, por su amor incondicional y por ser ese soporte que me sostuvo hasta ver este sueño cumplido.

RESUMEN

Antecedentes: El tumor filoides (TF) es una neoplasia fibroepitelial bifásica poco común de rápido crecimiento, que representa menos del 1% de todos los tumores de la mama, con un crítico subregistro epidemiológico en Ecuador. La OMS lo clasifica en benigno, *borderline* y maligno según sus características histopatológicas. La biopsia con aguja gruesa (BAG) presenta una tasa de subestimación diagnóstica de hasta el 37,5% debido a la heterogeneidad tisular. El diagnóstico previo a la cirugía sigue siendo un desafío para los oncólogos y patólogos, el cual se basa en una triple evaluación (examen físico, estudios de imágenes y biopsia/citología). El tratamiento quirúrgico de elección según las guías de la *National Comprehensive Cancer Network (NCCN)* es la escisión quirúrgica completa con márgenes negativos.

Descripción del caso clínico: Paciente femenina de 53 años, quien acudió a la consulta de ginecología por un nódulo sólido en la mama derecha hace un año de evolución, sin causa aparente. La primera BAG reportó una lesión fibroepitelial. Posteriormente, la lesión creció rápidamente hasta convertirse en una masa gigante de 15 cm de consistencia dura con supuración fétida, eritema y ulceración cutánea. Debido a la marcada discordancia clínico-patológica, se le realizó una segunda BAG que reportó un tumor maligno indiferenciado. Luego de controlar el foco infeccioso con antibioticoterapia oral, se decidió realizarle una mastectomía simple, sin complicaciones. El estudio histopatológico definitivo de la mama derecha de 2.6 kg confirmó el diagnóstico de tumor filoides con márgenes negativos.

Conclusión: La BAG limita la precisión al momento del diagnóstico, generando una tasa de falsos negativos del 25% al 30%. Se recomienda que, ante una masa de rápido crecimiento, se debe sospechar del diagnóstico inicial y correlacionar la clínica con los estudios de imagen y análisis histopatológicos. En este caso la paciente recibió un seguimiento multidisciplinario, en el cual debido al gran tamaño del tumor se le realizó una mastectomía simple de la mama derecha donde los resultados fueron favorables para la paciente.

Palabras clave: Mastectomía; neoplasia de la mama; tumor filoides.

ABSTRACT

Background: Phyllodes tumors (PTs) are rare, rapidly growing biphasic fibroepithelial neoplasms that account for less than 1% of all breast tumors. Their epidemiological burden in Ecuador remains markedly underreported. According to the World Health Organization (WHO), PTs are classified as benign, *borderline*, or malignant based on their histopathological features. Core needle biopsy (CNB) has a diagnostic underestimation rate of up to 37.5%, owing to intratumoral tissue heterogeneity. Preoperative diagnosis remains challenging for oncologists and pathologists and relies on a triple assessment comprising clinical examination, imaging studies, and biopsy/cytology. According to the *National Comprehensive Cancer Network (NCCN)* guidelines, the surgical treatment of choice is complete surgical excision with negative margins.

Case Presentation: A 53-year-old woman presented to the gynecology outpatient clinic with a solid nodule in her right breast that had been present for one year, with no apparent underlying cause. The initial core needle biopsy (CNB) revealed a fibroepithelial lesion. Subsequently, the lesion grew rapidly, developing into a giant, hard 15-cm mass associated with foul-smelling purulent discharge, erythema, and skin ulceration. Given the marked clinicopathological discordance, a second CNB was performed, which revealed an undifferentiated malignant tumor. After the infectious process was controlled with oral antibiotic therapy, a simple mastectomy was performed without complications. Definitive histopathological examination of the right breast specimen, which weighed 2.6 kg, confirmed a phyllodes tumor with negative surgical margins.

Conclusion: CNB has limitations in diagnostic accuracy, with reported false-negative rates ranging from 25% to 30%. In patients presenting with a rapidly growing breast mass, the initial diagnosis should be reconsidered, and clinical findings should be correlated with imaging studies and histopathological findings. In this case, the patient received multidisciplinary

follow-up. Given the tumor's considerable size, a simple right mastectomy was performed, with a favorable outcome.

Keywords: Mastectomy; Breast Neoplasms; Phyllodes Tumor.

ÍNDICE

RESUMEN **7**

ABSTRACT **9**

INTRODUCCIÓN **12**

REPORTE DE CASO **15**

DISCUSIÓN **21**

CONCLUSIONES **28**

BIBLIOGRAFÍA **29**

GLOSARIO **33**

INTRODUCCIÓN

El tumor filoides es una neoplasia fibroepitelial poco común, que se caracteriza histológicamente por presentar un patrón en forma de hoja y una marcada hipercelularidad estromal. Fue descrito por primera vez en 1774 por Antoine de Portal como un tipo de "fibroadenoma gigante", y en 1838, el alemán Johannes Müller lo denominó "cistosarcoma filoides". Inicialmente se pensó que era una lesión benigna, pero en 1943, Cooper y Ackerman confirmaron el potencial maligno de esta neoplasia. En 1982, la Organización Mundial de la Salud (OMS) adoptó dicha terminología, y lo denominó como "tumor filoides". Posteriormente, en 2003 la OMS los clasifica como benignos (60%-78%), limítrofes o *borderline* (6%-35%) y malignos (5%-35%). Esta clasificación se basa según sus características histopatología: celularidad estromal, atipia nuclear, actividad mitótica, sobrecrecimiento estromal, margen tumoral y presencia de elementos heterólogos malignos (1,2).

Epidemiológicamente, representa entre el 0,3% y el 1% de todas las neoplasias primarias de la mama y entre el 2% al 3% de las lesiones fibroepiteliales en países occidentales, con una incidencia anual estimada de 2,1 casos por millón de mujeres. Pueden aparecer a cualquier edad, siendo más frecuente en mujeres de entre 35 y 55 años, especialmente en poblaciones latinas y asiáticas (3). Los casos en hombres son poco frecuentes y suelen asociarse a ginecomastia. En Ecuador, la caracterización epidemiológica es limitada debido a la falta de registros específicos en los sistemas de salud pública y SOLCA, donde se cataloga bajo códigos CIE-10 genéricos, lo que condiciona un diagnóstico tardío en hospitales de tercer nivel (4). Su etiología exacta no se ha esclarecido, aunque se ha descrito predisposición genética en el síndrome de Li-Fraumeni y agregación familiar. Se sugiere que factores de crecimiento producidos por el epitelio mamario inducen la proliferación estromal, mientras que el traumatismo, el embarazo, la lactancia y el hiperestrogenismo actúan como estímulos de crecimiento tumoral (5).

Clínicamente se manifiesta como una masa indolora, unilateral y de rápido crecimiento, con un tamaño promedio de 4 a 7 cm. Los tumores filoides gigantes son aquellos de más de 10 cm y causan distensión cutánea, cambios en el complejo areola-pezón, ulceración isquémica o secreción sanguinolenta por infarto tumoral, los cuales no implican malignidad. La diseminación linfática axilar es infrecuente (< 2%), por lo que las adenopatías suelen responder a procesos reactivos inflamatorios o necróticos (6). El diagnóstico requiere de una triple evaluación (clínica, imagenológica e histopatológica). En la ecografía se observa como una masa sólida hipoecoica, heterogénea y bien delimitada, con septos internos hiperecoicos, espacios quísticos, hipervascularización y refuerzo acústico posterior. En la mamografía se presenta como una masa hiperdensa, redondeada o lobulada, circunscrita y rara vez calcificada. En la resonancia magnética nuclear (RMN) se manifiesta como una lesión ovalada o lobulada, con hipointensidad en T1 y focos de hiperintensidad secundarios a hemorragia, mientras que en secuencias ponderadas en T2 exhibe hendiduras líquidas internas y edema peritumoral (7).

El diagnóstico diferencial abarca el fibroadenoma celular en estadios iniciales y el carcinoma metaplásico o los sarcomas primarios en tumores de alto grado. La biopsia con aguja gruesa (BAG) es el método preoperatorio inicial; sin embargo, debido a la heterogeneidad tisular, presenta una tasa de subestimación diagnóstica de hasta un 37,5% y un 30% de falsos negativos, siendo el estudio histopatológico de la pieza quirúrgica completa el estándar de referencia (7,8). Según las recomendaciones de la *National Comprehensive Cancer Network (NCCN)*, el tratamiento de elección es la escisión quirúrgica completa de la lesión con márgenes negativos (≥ 1 cm para subtipos *borderline*/malignos y R0 para tumores benignos), sin requerir disección axilar de rutina (9). La radioterapia adyuvante y la quimioterapia se reservan para tumores malignos o de gran tamaño con márgenes comprometidos o características sarcomatosas. La reconstrucción mamaria abarca desde técnicas oncoplásticas e implantes hasta colgajos autólogos (como DIEP o TDAP) para reducir la morbilidad y preservar la función (10).

El pronóstico depende del grado histológico y del estado de los márgenes quirúrgicos. Los tumores benignos y *borderline* alcanzan una tasa de supervivencia global superior al 95%, mientras que los tumores malignos presentan una recurrencia local del 25% al 35% y una caída en la supervivencia global del 60% al 80%, condicionada por la aparición temprana de metástasis hematógenas (principalmente pulmonares) (10,11).

Se describe el caso de una paciente que presentó un rápido crecimiento de una masa tumoral en la mama derecha de 15 cm en menos de un año, con supuración fétida y eritema, el cual se resolvió mediante una mastectomía simple, cuya pieza quirúrgica de 2.6 kg confirmó el diagnóstico definitivo de tumor filoides con márgenes negativos.

REPORTE DEL CASO

Paciente femenina de 53 años, casada, agricultora, residente del cantón Ventanas, provincia de Los Ríos. No refiere antecedentes patológicos personales ni alergias medicamentosas de importancia. Antecedentes quirúrgicos: salpingectomía bilateral realizada hace 24 años. Antecedentes familiares: presenta una carga oncológica significativa, madre viva con diagnóstico de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento; padre falleció hace 22 años por cáncer hepático; hermano en tratamiento activo por cáncer óseo (osteosarcoma); hermano falleció por cáncer de próstata; hermana falleció por cáncer de útero e hijo falleció hace 2 años por cáncer gástrico. Antecedentes ginecoobstetricos: menarquia a los 12 años con ciclos menstruales regulares, menopausia a los 51 años, multiparidad (10 gestas, 8 partos y 2 abortos espontáneos), inicio de vida sexual a los 14 años (una sola pareja sexual) y vida sexual activa. El último tamizaje cervical (Papanicolaou), realizado el 18 de septiembre de 2023, resultó negativo para lesión intraepitelial o malignidad. La fecha de última menstruación (FUM): 15 de agosto de 2023.

El cuadro clínico inició aproximadamente un año antes de la primera consulta médica (mayo de 2022), con la aparición espontánea de un nódulo sólido, palpable y de crecimiento progresivo en la mama derecha. El 05 de junio de 2023 acudió a la consulta de ginecología. Al examen físico de la mama derecha se palpó un nódulo sólido de 5 a 6 cm en los cuadrantes superiores, móvil, lobulado, sin adenopatías axilares. Mama izquierda de aspecto normal. En los estudios de imagen realizados de manera particular el 27 de mayo de 2023, la ecografía de mama derecha reveló una imagen nodular heterogénea, multilobulada de aproximadamente 3,2 × 3 cm, con escasa vascularización periférica, clasificada como BI-RADS 4A. No se observan dilataciones ductales. Piel y pezón normales. Ganglios axilares de morfología conservada. La mamografía confirmó en la mama derecha un nódulo multilobulado de 3,5 × 3 cm en la unión del cuadrante superior, con escasa vascularización, sin microcalcificaciones atípicas ni adenopatías axilares,

clasificada como BI-RADS 4A. El 13 de junio de 2023 se realizó una primera BAG de mama derecha; el informe histopatológico describió dos fragmentos de tejido blando de 0,4 × 0,3 cm, parénquima mamario con lesión fibroepitelial, estroma ligeramente celular y mixoide, leve atipia, ausencia de necrosis, aumento de mitosis o presencia de elementos heterólogos, con diagnóstico de lesión fibroepitelial (se plantea diagnóstico diferencial entre fibroadenoma y tumor filoides benigno). Tras ser valorada por cirugía oncológica el 19 de julio de 2023 y constatar el reporte de benignidad, fue derivada a ginecología para seguimiento clínico.

El 19 de enero de 2024, la paciente fue reevaluada por ginecología debido a un acelerado y repentino crecimiento de la masa tumoral. Al examen físico se evidenció en la mama derecha una masa de 15 cm de diámetro que ocupaba los cuadrantes superiores (externo e interno), de consistencia dura, con cambios de coloración en la piel y sin adenopatías axilares, por lo que fue derivada a cirugía oncológica con propuesta de resolución quirúrgica mediante mastectomía simple. El 16 de abril de 2024, la paciente requirió atención por medicina interna al presentar supuración fétida, eritema y agrandamiento de la masa tumoral. Los exámenes mostraron leve leucocitosis, por lo que se instauró antibioticoterapia oral combinada con cefalexina de 500 mg VO cada 8 horas y clindamicina de 300 mg VO cada 8 horas durante 7 días, logrando el control del foco infeccioso. El 18 de abril de 2024 se realizó una segunda BAG para definir la conducta quirúrgica; el estudio histopatológico reportó cilindros de tejido blando de 0,3 y 1 cm, en todos los fragmentos se observa una neoplasia maligna indiferenciada constituida por células plasmocitoides y fusiformes, con núcleos excéntricos e hipercromáticos, moderada anisocariosis, se cuenta hasta 3 mitosis/mm², áreas de necrosis y estroma con escaso infiltrado linfocitario, concluyendo el diagnóstico de tumor maligno indiferenciado (con diagnóstico diferencial entre carcinoma metaplásico y tumor filoides maligno).

El 13 de mayo de 2024, la paciente ingresa para su cirugía programada. La valoración cardiológica y la evaluación preanestésica resultaron normales. En los laboratorios

prequirúrgicos se registró leucocitosis de 13,21/mm³ e hiperfibrinogenemia de 629,7 mg/dL en relación con el proceso necrótico-inflamatorio; el resto de parámetros mostraron hemoglobina de 12,60 g/dL, hematocrito de 40,50%, plaquetas de 445,00/mm³, glucosa de 98,00 mg/dL, urea de 19,26 mg/dL, creatinina de 0,73 mg/dL, TGO de 25,00 U/L, TGP de 16,00 U/L, tiempos de coagulación normales (TP: 12,6 seg, RIN: 1,06, TPT: 28,4 seg, TT: 15,6 seg), electrolitos dentro de los límites normales, serología negativa y grupo sanguíneo O positivo. El 14 de mayo de 2024 se le realizó una mastectomía simple de mama derecha bajo anestesia general balanceada, sin complicaciones ni necesidad de transfusión sanguínea, con un sangrado estimado de 200 ml y colocación de un drenaje aspirativo tipo Hemovac.

En el postoperatorio inmediato, la paciente evolucionó hemodinámicamente estable, afebril y con adecuado control del dolor (EVA 1/10). Durante la hospitalización recibió hidratación parenteral con solución salina al 0,9%, cefazolina de 1 g IV cada 8 horas, omeprazol de 40 mg IV cada día, ketorolaco de 30 mg IV cada 8 horas, clindamicina de 600 mg IV cada 8 horas y analgesia de rescate con tramadol de 300 mg + metoclopramida 20 mg a 10 ml/h en infusión continua. El 17 de mayo de 2024 (tercer día de internación) se le otorgó el alta médica con indicación de curaciones diarias y tratamiento oral con cefalexina de 500 mg VO cada 8 horas, clindamicina de 300 mg VO cada 8 horas e ibuprofeno de 400 mg VO cada 8 horas.

En los controles por consulta externa de cirugía oncológica a los 6 días (20 de mayo de 2024) y 13 días postquirúrgicos (27 de mayo de 2024), el dren Hemovac se mantuvo permeable con un débito de 50 cc de líquido seroso. A los 20 días postquirúrgicos (03 de junio de 2024), ante un débito reducido de 20 cc, se retiró el drenaje aspirativo y las suturas de la herida. A las 4 semanas postquirúrgicas (10 de junio de 2024), la paciente acudió para la revisión del informe histopatológico definitivo de la pieza quirúrgica. El análisis macroscópico reportó una mama derecha de 2,6 kg de peso y dimensiones de 30 × 36 × 13 cm, con piel de 30 × 26 cm, que presentaba una lesión ulcerada de 9,5 × 9,7 cm; al corte seriado se evidenció una lesión bien

delimitada de 14 × 7,5 × 14,05 cm, localizada a 0,5 cm del borde profundo con áreas de necrosis central. La microscopía confirmó una lesión mixta, con proliferación de tejido mesenquimático constituido por fibroblastos elongados típicos que comprimen ductos tubulares, paralelos radiados, revestidos de epitelio biestratificado, adoptando una disposición en forma de lóbulos, pequeñas hendiduras, áreas con abundante necrosis hemorrágica o isquémica. Se observaron vasos sanguíneos dilatados y congestivos libres de infiltración neoplásica, circunscritos revestidos de tejido mamario, constituido por tejido fibroadiposo con ductos y lobulillos típicos. Los ganglios linfáticos aislados y los márgenes de resección profunda se encontraron libres de infiltración neoplásica (resección R0), concluyendo el diagnóstico definitivo de tumor filoides de la mama derecha. A las 4 semanas de la intervención, la paciente presentó remisión completa del foco infeccioso, adecuada cicatrización y restauración plena de su capacidad funcional, manteniéndose en seguimiento oncológico periódico.

PRE-OPERATORIO:

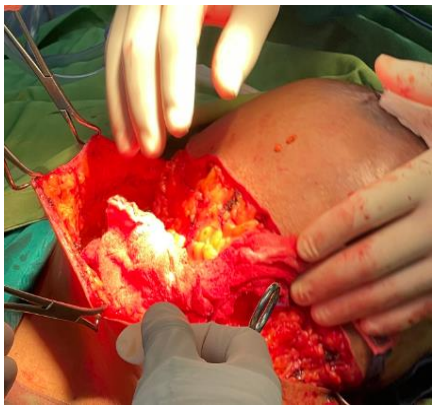
Ilustración 1. Descripción macroscópica preoperatoria: *Vista lateral de la mama derecha. Se observa una masa tumoral gigante que causa deformidad anatómica mamaria, vasos venosos congestivos y una lesión multinodular ulcerada con secreción a nivel del complejo areola-pezón.*



Fuente: *Elaboración propia (2024). Imagen con consentimiento de la paciente.*

TRANS-OPERATORIO:

Ilustración 2. Mastectomía simple derecha: *Vista intra-operatoria que muestra la exéresis de la masa tumoral de gran tamaño.*



Fuente: *Elaboración propia (2024). Imagen con consentimiento de la paciente.*

POSTOPERATORIO:

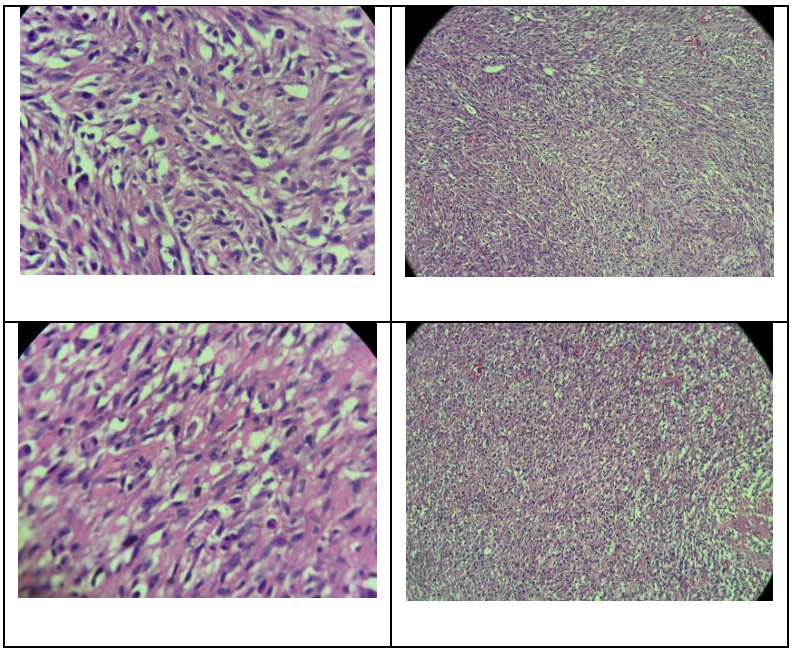
Ilustración 3. Pieza quirúrgica: *Vista frontal de la pieza quirúrgica obtenida mediante mastectomía simple de la mama derecha, con un peso de 2,6 kg.*



Fuente: *Elaboración propia (2024). Imagen con consentimiento de la paciente.*

RESULTADO DEL ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO

Ilustración 4. Análisis histopatológico: *Cortes de tejido glandular mamario teñidos con hematoxilina y eosina (H-E). Se observa una lesión mixta con proliferación de tejido mesenquimático, constituido por fibroblastos elongados típicos.*



Fuente: *Elaboración propia (2024). Imagen con consentimiento de la paciente.*

CONSULTA PERIÓDICA

Ilustración 5. Seguimiento postoperatorio periódico: *Paciente en consulta de control por cirugía oncológica al año de la realización de la mastectomía simple de la mama derecha.*



Fuente: *Elaboración propia (2025). Imagen con consentimiento de la paciente.*

DISCUSIÓN

El diagnóstico precoz, la estratificación de riesgo y la caracterización histológica del tumor filoides constituyen un desafío de alta complejidad dentro de la práctica de la anatomía patología y la oncológica. Representan entre el 0,3% y el 1% de todos los tumores de la mama, y se caracteriza por presentar un comportamiento biológico impredecible que abarca desde lesiones benignas hasta tumores malignos con un potencial sarcomatoso agresivo y capacidad metastásica. La Organización Mundial de la Salud (OMS) clasifica a estas neoplasias en tres subgrupos histológicos según el grado de celularidad estromal, actividad mitótica, atipia nuclear, márgenes tumorales y sobrecrecimiento estromal en: benignas, *borderline* y malignas. El curso clínico de la paciente de 53 años ejemplifica los principales desafíos descritos en la literatura médica frente a un tumor filoides benigno de gran volumen: la baja sensibilidad y la tasa de subestimación de la biopsia con aguja gruesa (BAG) en estadios iniciales, los mecanismos fisiopatológicos del sobrecrecimiento estromal acelerado, el manejo integral de las complicaciones sépticas y necróticas locales, y la indiscutible eficacia terapéutica de la mastectomía simple con preservación ganglionar para lograr el control oncológico definitivo (12).

En la fase inicial de este reporte de caso, la marcada discordancia observada entre los hallazgos por imagen (ecografía y mamografía clasificadas como BI-RADS 4A) y el informe histopatológico de la primera BAG, que planteó un diagnóstico diferencial entre un fibroadenoma y un tumor filoides benigno, refleja la importante superposición morfológica y clínica que caracteriza a las lesiones fibroepiteliales en sus etapas tempranas. Desde el punto de vista histopatológico, ambas neoplasias presentan una arquitectura bifásica la cual está constituida por un componente epitelial y estromal. La diferenciación entre un fibroadenoma convencional o celular y un tumor filoides benigno en cilindros tisulares muy delgados resulta ser complejo debido a que el sesgo de muestreo impide al patólogo evaluar la arquitectura

foliosa (en forma de hoja), el conteo de mitosis y atipia celular, el sobrecrecimiento y celularidad estromal, y los márgenes del tumor (13).

La edad de la paciente cumple con los datos epidemiológicos globales sobre el pico de incidencia del tumor filoides. A diferencia de los fibroadenomas, los cuales se diagnostican frecuentemente en mujeres jóvenes de entre 15 y 35 años, el tumor filoides afecta principalmente a mujeres entre la cuarta y quinta década de la vida. Kunze et al. señalan que la incidencia máxima ocurre entre los 35 y 55 años, con una edad media de presentación de 45 años. De igual manera, la literatura reporta que los tumores de gran tamaño, con rápida proliferación e hipercelularidad estromal, se diagnostican con frecuencia en mujeres perimenopáusicas o postmenopáusicas. En este caso, el estado hormonal y la fase postmenopáusica de la paciente se asocia con la predisposición biológica del crecimiento tumoral y desarrollo de la masa gigante durante su evolución clínica (14).

Un punto crucial de este reporte es la marcada discordancia diagnóstica documentada a lo largo del curso de la enfermedad: la primera BAG que reportó una “lesión fibroepitelial”, la segunda BAG que orientó el cuadro clínico hacia un “tumor maligno indiferenciado” y, finalmente, el estudio anatomopatológico definitivo de la pieza quirúrgica que reportó un tumor filoides de 14 cm. Esta discordancia histológica no constituye una falla metodológica, sino que representa un fenómeno biológico característico del tumor filoides debido a la marcada heterogeneidad tisular. Donato et al. enfatiza que los estudios de imagen y la biopsia con aguja gruesa constituyen la base del diagnóstico preoperatorio de estas lesiones. También menciona que la BAG desempeña un papel fundamental, siendo el estándar de atención antes de la intervención quirúrgica; sin embargo, presenta limitaciones documentadas en la literatura, alcanzando una tasa de subestimación diagnóstica que oscila entre el 18,8% y el 37,5% y una tasa de falsos negativos del 25% al 30%. La dificultad en el diagnóstico preoperatorio de estas lesiones se debe a varias razones: heterogeneidad intratumoral; falta de parámetros histopatológicos bien

definidos que diferencien con precisión los tumores fibroepiteliales; y la mezcla y superposición de características histológicas entre los subtipos de los tumores filoides, que genera una variabilidad significativa en la interpretación entre los patólogos. Debido a la dificultad para obtener un diagnóstico definitivo a partir de biopsias percutáneas, se ha sugerido que el hallazgo histopatológico en esta situación se describa como una "lesión fibroepitelial con celularidad estromal aumentada", donde se aconseja realizar una escisión completa de la lesión. En el caso de la paciente, desde que inició el crecimiento acelerado de la masa, la segunda BAG reportó un "tumor maligno indiferenciado". Este hallazgo ejemplifica como el sobrecrecimiento estromal puede comprimir y eliminar por completo el componente epitelial de una lesión bifásica en cilindros tisulares pequeños, conduciendo así a un error de muestreo y a un sobrediagnóstico de malignidad sarcomatosa o carcinoma metaplásico. Este fenómeno resalta un principio fundamental en la oncología mamaria que, ante un crecimiento acelerado o una discrepancia evidente entre la clínica, los estudios de imagen y la BAG, el diagnóstico definitivo sólo se establece tras evaluar la totalidad de la pieza quirúrgica (15).

El tamaño del tumor de la paciente alcanzó dimensiones de 14 × 7,5 × 14,05 cm en el estudio anatomopatológico de toda la pieza quirúrgica, registrando un peso de 2,6 kg. En la literatura, se mencionan tamaños promedio de tumores filoides que oscilan entre 1,9 y 10,9 cm, con informes de lesiones de hasta 45,0 cm. Si bien algunos autores no encuentran una relación significativa entre el tamaño y el grado tumoral, los tumores filoides malignos suelen alcanzar dimensiones mayores que los otros subtipos histológicos. Lee et al. explican que la expansión masiva y acelerada de estas lesiones está mediada por la estimulación autocrina y paracrina de múltiples factores de crecimiento angiogénico y prooncogénico. Los que más se destacan entre ellos son el factor de crecimiento endotelial vascular (VEGF) y el factor de crecimiento derivado de plaquetas alfa (PDGF-α), los cuales inducen hacia una neovascularización aberrante. Este fenómeno desencadena eventos de necrosis isquémica central y cambios

quísticos cuando la tasa de proliferación estromal excede la capacidad de perfusión del lecho vascular (16). Debido a su rápida evolución clínica, puede ocasionar una distorsión en la anatomía mamaria con protuberancia, distensión y ulceración cutánea, dilatación de los vasos dérmicos (venas varicosas), cambios en el complejo areola-pezón y linfadenopatía axilar reactiva (secundaria a necrosis tumoral o infección local). La ulceración cutánea no implica malignidad, ya que los tumores benignos y *borderline* pueden causar isquemia cutánea y erosión secundaria. La secreción hemática por el pezón puede estar asociada a un infarto tumoral. También se han descrito lesiones multifocales y bilaterales (sincrónicas o metacrónicas), pero son muy poco frecuentes. Este cuadro similar presentó la paciente antes de su intervención quirúrgica, requiriendo antibioticoterapia oral combinada (cefalexina y clindamicina) para controlar el foco infeccioso local y así poder optimizar el campo quirúrgico previo a su cirugía (17).

Las guías de la práctica clínica de la *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN) y de la *European Society of Surgical Oncology* (ESSO) coinciden en que el pilar fundamental del tratamiento del tumor filoides es la escisión quirúrgica completa de la lesión, con márgenes negativos de al menos 1 cm. Si bien la cirugía conservadora de la mama (tumorectomía o cuadrantectomía) es el abordaje de elección en lesiones pequeñas o medianas, la presencia de un tumor gigante de 15 cm que compromete la totalidad de la mama hace de la mastectomía simple el estándar terapéutico de elección. En tumores gigantes, intentar preservar el parénquima mamario impide obtener márgenes quirúrgicos seguros, deriva a un resultado estético inaceptable y se asocia con una elevada tasa de recurrencia local (18).

En este caso, la decisión de realizar una mastectomía simple de la mama derecha, omitiendo la reconstrucción plástica inmediata debido al antecedente de sobreinfección y ulceración cutánea, permitió asegurar un margen quirúrgico profundo libre de enfermedad (a 0,5 cm de la fascia pectoral). Este abordaje quirúrgico concuerda con lo reportado por Fernández et al., quienes

demostraron el manejo exitoso de un tumor filoides benigno gigante mediante una mastectomía simple con márgenes negativos, confirmando que la resección mamaria total es la conducta más segura en masas de gran volumen para prevenir la recidiva local. De igual manera, varios estudios corroboran que alcanzar márgenes negativos mediante una mastectomía simple en tumores filoides de gran tamaño proporciona tasas de control local entre el 88% al 95% a los 5 años de seguimiento (19).

Una decisión crucial en este procedimiento fue la omisión del vaciamiento axilar. El resultado histopatológico definitivo confirmó que los ganglios linfáticos examinados en el tejido mamario se encontraban libres de infiltración neoplásica. Esta conducta conservadora a nivel axilar se fundamenta de forma estricta en el comportamiento biológico de esta patología. A diferencia de los carcinomas epiteliales de la mama, los tumores filoides presentan un origen histológico predominantemente mesenquimático, debido a que su vía principal de diseminación es hematógena (con tropismo hacia pulmón, hueso y pleura), mientras que la afectación de los ganglios linfáticos es poco frecuente. La literatura describe una tasa de metástasis ganglionar que oscila entre menos del 1,0% y el 3,8% de los casos. Por lo tanto, la mayoría de los autores sugieren que la disección de los ganglios linfáticos axilares es innecesaria y no debe realizarse de forma rutinaria (20). Aunque la linfadenopatía reactiva es relativamente común (del 10% al 15% de los casos de tumor filoides maligno), ante casos poco frecuentes de afectación neoplásica de estos ganglios linfáticos, la literatura indica que, si existe sospecha clínica, los ganglios pueden resecarse. Sin embargo, las recomendaciones actuales de la NCCN contraindican la realización del vaciamiento axilar o de la biopsia de ganglio centinela en el tumor filoides, reservando la linfadenectomía únicamente para aquellos casos excepcionales donde exista una confirmación histológica preoperatoria de enfermedad ganglionar mediante aspiración o biopsia. La omisión de la disección axilar protegió a la paciente de complicaciones

postoperatorias, tales como el linfedema crónico del miembro superior, las neuropatías del plexo braquial y la restricción en el rango articular del hombro (21).

Con respecto al pronóstico, Bahsas et al., establecen que la recurrencia local (RL) a 5 años independientemente del subtipo histológico e incluso tras un tratamiento quirúrgico adecuado. La literatura menciona que el riesgo de recurrencia está directamente relacionado con su grado histológico. Según la OMS, la recurrencia local ocurre con una tasa global del 21%, que oscila del 10% al 17% en los subtipos benignos, del 14% al 25% en los subtipos borderline y del 23% al 30% en los subtipos malignos (22). Se ha sugerido el uso de diversos marcadores inmunohistoquímicos para distinguir los tipos de lesiones fibroepiteliales, mejorar el diagnóstico y la clasificación de los tumores filoides, y predecir su evolución clínica. Las investigaciones han demostrado que marcadores como p53, Ki67, CD117, EGFR, p16 y VEGF se asocian con el grado histológico de los tumores filoides, observándose una mayor expresión en los subtipos malignos. Zhou et al. demostraron que el índice Ki-67 actúa como un factor pronóstico independiente asociado con una menor supervivencia libre de enfermedad y mayor riesgo de metástasis a distancia (23). Por otra parte, la hiperfibrinogenemia (629,7 mg/dL) preoperatoria que presentó la paciente coincide con lo reportado por Wu et al., quienes comprobaron que la elevación del fibrinógeno plasmático en masas de gran tamaño se correlaciona con la necrosis tumoral y la activación de cascadas necrótico-inflamatorias creadoras de angiogénesis. Este hallazgo importante durante la fase preoperatoria subraya el valor predictor del fibrinógeno como un reactante de fase aguda en masas gigantes necróticas (24).

Entre las principales fortalezas de este reporte de caso destacan el seguimiento clínico por parte de ginecología y cirugía oncológica durante 13 meses, la resolución de las discrepancias diagnósticas iniciales mediante el estudio histopatológico definitivo de la pieza quirúrgica y la rescisión completa de la lesión con márgenes negativos, lo que garantizó un adecuado control

oncológico sin necesidad de realizar vaciamiento axilar. Por otro lado, la principal limitación de este caso, se debe al retraso terapéutico inicial generando por una falsa sensación de seguridad tanto de la paciente como de los médicos por el resultado de la primera biopsia que reportó una lesión fibroepitelial, lo cual aceleró el crecimiento de la masa hasta convertirse en un tumor gigante de 15 cm, así como también la falta de acceso a estudios complementarios de inmunohistoquímica.

En Ecuador, la documentación de casos clínicos sobre tumores filoides es fundamental debido a la escasa información que existe con respecto al comportamiento y manejo de estas neoplasias poco frecuentes. Por lo tanto, la identificación de estas neoplasias antes de la cirugía es esencial, tanto para definir la estrategia de manejo como para planificar mejor el enfoque quirúrgico cuando sea necesario. Esto puede evitar un tratamiento excesivo, que comprometa la estética de la mama, o la escisión quirúrgica con márgenes inadecuados, lo que requeriría procedimientos quirúrgicos adicionales.

CONCLUSIONES

La heterogeneidad tisular del tumor filoides limita la precisión diagnóstica de la biopsia con aguja gruesa, causando un alto riesgo de subestimación inicial. La principal lección de este reporte de caso radica en que la correlación clínico-evolutiva debe prevalecer sobre los hallazgos histológicos iniciales. En presencia de lesiones fibroepiteliales de rápido crecimiento, compromiso cutáneo o sobreinfección, la sospecha de malignidad justifica una intervención quirúrgica inmediata. En este caso, la mastectomía simple con márgenes negativos se consolidó como el tratamiento de elección, al erradicar el proceso infeccioso y asegurar el control oncológico. Asimismo, la omisión del vaciamiento axilar se basó en la naturaleza estromal de este tumor, cuya vía principal de diseminación es predominantemente hematógena, evitando complicaciones postquirúrgicas innecesarias. Finalmente, el abordaje quirúrgico permitió la exéresis de una masa de 2,6 kg, alcanzando la remisión de la enfermedad y la recuperación funcional, aportando evidencia relevante en el manejo de neoplasias mamarias complejas.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de intereses en la elaboración del presente trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Santiago-Sanabria L, López-Valle MÁ, Garza-Arrieta J, Islas-Tezpa D. Tumor filodes bilateral, una rara forma de manifestación clínica: reporte de caso. Ginecol Obstet Mex. 2022;90(11):933-41. doi: https://doi.org/10.24245/gom.v90i11.6977
2. Pinedo-Vega ÁD, Orea-Estudillo D, Hernández-Bernal PA, Pérez-Soriano A, Sánchez-Vázquez B, Pinedo-Vega ME. Tumor filodes: experiencia de 12 años en la Unidad de Oncología del Hospital General de Puebla. Ginecol Obstet Mex. 2022; 90(12):951-8. doi: https://doi.org/10.24245/gom.v90i12.8046
3. 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. doi: https://doi.org/10.32074/1591-951X-754
4. Sociedad de Lucha contra el Cáncer/Registro Nacional de Tumores. Epidemiología del Cáncer en Quito 2015-2019. 17a ed. Quito, 2024. 152 p.
5. Quintero Vergara JC, Zambrano Loor MF, Hidalgo Acosta JA, Guzmán Villa AA, Calderón León MF, Mendoza Granda RI, et al. Tumor filoides de mama. Reporte de caso clínico y revisión de la literatura. Mediciencias UTA. 2022;6(2):66-73. doi: https://dx.doi.org/10.31243/mdc.uta.v6i2.1638.2022
6. Cardozo NM, Buhl L, Betancourt Á, Saldivia F. Tumor filodes bilateral a propósito de un caso. Rev Venez Oncol. 2021;33(3):155-60. Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375666698004
7. Calderón G, Pajuelo A, Guerra H, De la Cruz M, Hammond R. Tumor Phyllodes de la mama. Interciencia méd. 2022;12(2):18-25. doi: https://doi.org/10.56838/icmed.v12i2.91

8. Chávez Díaz M, Ziegler Rodriguez G, Montes Gil J. Tumor phyllodes: reporte de un caso tratado con cirugía oncoplástica extrema y revisión de la literatura. Rev Senol Patol Mamar. 2023;36(1):100185. doi: https://doi.org/10.1016/j.senol.2021.11.004

9. Hernandez-Zamora AR, Aguirre-Oramas AA, Mendez-Cardenas A, Robles-Villanueva D, Robles-Mercado JA, Gómez-Bernal MB. Resección de Tumor Phyllodes con Reconstrucción Inmediata de la Mama, Cirugía Oncoplástica: Reporte de Caso y Revisión de la Literatura. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar. 2024;8(1):11339-53. doi: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i1.10443

10. Montes-Madariaga ES, Ortiz-Saavedra B, Altamirano-Farfan E, Herencia-Anaya M, Pumamango-Córdova J. Recurrent giant borderline phyllodes tumor: resection and breast reconstruction. Rev Bras Cir Plást. 2024;39(1):e0887. doi: 10.5935/2177-1235.2024RBCP0887-EN

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

12. Pérez-García J, Villagrán-Anzueto G. Tumor filoides de mama en paciente embarazada: presentación inusual en práctica obstétrica. Reporte de caso. Rev Med Hondur. 2025;93(1):60-3. doi: https://doi.org/10.5377/rmh.v93i1.20357

13. Bonilla-Sepúlveda OA. Características clínico patológicas, tratamiento y pronóstico de tumor filodes en centros de referencia en Medellín, Colombia. Rev Peru Ginecol Obstet. 2021;67(1):e2301. doi: https://doi.org/10.31403/rpgo.v67i2301

14. Roman-Kunze N, Román-Lucero E, Gallegos-Angulo M, Cádiz-Val F, Camacho-Neira J, Barriga-Schneeberger C. Características clínicas Tumor Filodes: Una década de

experiencia en Clínica Alemana de Santiago. Rev Conflu. 2025;8:1184. doi: https://doi.org/10.52611/confluencia.2025.1184

15. Donato AR, Goncalves R, Maesaka JY, Aguiar FN, Soares JM, Ruiz CA, et al. Phyllodes tumors of the breast: A comprehensive review of diagnosis, treatment, and follow-up. Clinics. 2025;80:100617. doi: https://doi.org/10.1016/j.clinsp.2025.100617

16. Lee ES, Kim H, Oh H, Sung YN, Jung S. Phyllodes tumors of the breast: a comprehensive review. Ann Surg Treat Res. 2026;110(2):65-5. doi: https://doi.org/10.4174/astr.2026.110.2.65

17. Torres Ajá L, Puerto Lorenzo J. Tumor filoides de mama: 43 años de estudio en Cienfuegos. Rev Cubana Cir. 2024;63:e1621. Disponible en: https://revcirugia.sld.cu/index.php/cir/article/view/1621

18. Arce C, Lee C, Mussi D, Sandoval J, Leiva A. Phyllodes gigante: diagnóstico y tratamiento. An Fac Cienc Med. 2022;55(1):83-8. doi: https://doi.org/10.18004/anales/2022.055.01.83

19. Fernández-Ferreira R, Arroyave-Ramírez A, Motola-Kuba D, Alvarado-Luna G, MacKinney-Novelo I, Segura-Rivera R. Giant Benign Mammary Phyllodes Tumor: Report of a Case and Review of the Literature. Case Rep Oncol. S. 2021;14(1):123-33. doi: https://doi.org/10.1159/000510741

20. Diallo FB, Diallo MH, Sow AII, Diallo A, Balde IS, Sy T, et al. Epidemiological, Clinical and Histological Characteristics of Phyllodes Tumors in the Gynecology Department of the Donka National Hospital of the CHU of Conakry (Guinea). Open J Obstet Gynecol. 2025;15(3):452-63. doi: https://doi.org/10.4236/ojog.2025.153040

21. Yu CY, Huang TW, Tam KW. Management of phyllodes tumor: A systematic review and meta-analysis of real-world evidence. Int J Surg. 2022;107:106969. doi: https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2022.106969

22. Bahsas-Zaky O, Gutiérrez J, Valderrama A, Solórzano L, Villegas W, Peña Colmenares J. Experiencia de Tumor filodes en un centro de referencia en el siglo XXI 44 pacientes. Rev Venez Oncol. 2026;38(3):144-50. doi: https://doi.org/10.65790/revenezoncol/2026/14

23. Zhou Y, Guo C, Wang Y, Xu H, Sa Q, Che S, et al. Prognostic value of Ki-67 index in malignant phyllodes tumor of the breast: a multi-center real-world study. Breast Cancer Res. 2026;28(1):64. doi: https://doi.org/10.1186/s13058-026-02238-3

24. Wu X, Yu X, Chen C, Chen C, Wang Y, Su D, et al. Fibrinogen and tumors. Front Oncol. 2024;14:1393599. doi: https://doi.org/10.3389/fonc.2024.1393599

GLOSARIO

- **Arquitectura bifásica:** Patrón histológico caracterizado por la presencia combinada y coordinada de dos componentes tisulares distintos: un elemento epitelial (ductal) y un elemento mesenquimático o estromal (de sostén).
- **Masa exofítica:** Lesión o crecimiento tumoral que se proyecta hacia afuera, sobresaliendo de la superficie del órgano o tejido donde se origina.
- **Dren Hemovac:** Dispositivo quirúrgico cerrado de succión continúa con reservorio de fuelle comprimible, utilizado para evacuar fluidos acumulados en el espacio muerto postquirúrgico.
- **Lesiones mesenquimáticas:** Grupo de proliferaciones tumorales derivadas del tejido conjuntivo, las cuales pueden manifestar un comportamiento benigno, de agresividad local o maligno (sarcoma).

AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Xaviera Patricia Veliz Vargas portador(a) de la cédula de ciudadanía Nº **070697581-0**. En calidad de autor/a y titular de los derechos patrimoniales del Proyecto de Titulación **"Tumor filoides de mama derecha: Reporte de caso"** 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, 11 de octubre de 2026

Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
XAVIERA PATRICIA
VELIZ VARGAS

F: ……..

Xaviera Patricia Veliz Vargas
C.I. 070697581-0