

Tumor filoide de mama: 43 años de estudio en Cienfuegos

Phyllolid Tumor of the Breast: A 43-Year Study in Cienfuegos

Lidia Torres Ajá¹ <https://orcid.org/0000-0001-8335-5437>

José Alberto Puerto Lorenzo^{1*} <https://orcid.org/0000-0003-1686-1844>

¹Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía. Cienfuegos, Cuba.

*Autor para la correspondencia: jose.puerto@gal.sld.cu

RESUMEN

Introducción: El tumor filoide de la mama representa del 0,3 al 0,4 % de todos los tumores mamarios, al ser una neoplasia poco frecuente con un componente epitelial benigno y otro mesenquimal que puede ser benigno o maligno.

Objetivo: Caracterizar los tumores filoides diagnosticados en la provincia de Cienfuegos en un período de 43 años.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo de serie de casos con los 10 320 pacientes operados de tumores fibroepiteliales en el servicio de cirugía general del Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía de Cienfuegos durante 43 años, (enero 1980 a diciembre de 2022), de los cuales 207 fueron tumores filoides de la mama y coincidió con la muestra investigada. Variables analizadas, tipo de tumor, sexo, edad, localización, mama afectada, tamaño del tumor, variante histológica, técnica quirúrgica y recidivas.

Resultados: Del total de tumores fibroepiteliales operados en los 43 años investigados, solo 207 fueron filoides. El sexo más afectado resultó el femenino, la edad entre 40 a 60 años; la mama, la derecha y su cuadrante superior externo el lugar de mayor asiento de los tumores con tamaños entre 5 y 10 centímetros, de los

cuales el 2,2 % fueron malignos y tratados mediante la mastectomía de Maden, mientras que los tumores benignos fueron resecados con amplio margen de escisión. Se presentaron recidivas en tres tumores benignos y en uno maligno.

Conclusiones: El tumor filoide de la mama es un tumor fibroepitelial de rara presentación y con índice de malignidad y recidiva bajos.

Palabras clave: tumores de mama; filoide; recidivas.

ABSTRACT

Introduction: *Phylloid* tumor of the breast represents 0.3%-0.4 % of all breast tumors, being a rare neoplasm with a benign epithelial component and a mesenchymal component that can be benign or malignant.

Objective: To characterize the *phylloid* tumors diagnosed in the province of Cienfuegos in a period of 43 years.

Methods: A descriptive and retrospective study of series of cases was carried out with the 10 320 patients operated on for fibroepithelial tumors within the general surgery service of Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía, of Cienfuegos, along 43 years (January 1980 to December 2022), of which 207 were *phylloid* tumors of the breast and coincided with the investigated sample. The variables analyzed were type of tumor, sex, age, location, affected breast, tumor size, histological variant, surgical technique and recurrences.

Results: Of the total number of operated on fibroepithelial tumors within the 43 investigated years, only 207 were *phylloid* ones. The most affected sex was female, together with the ages between 40 and 60 years. The right breast and its upper outer quadrant were the most common site of tumors, with sizes between 5 and 10 centimeters, of which 2.2 % were malignant and treated by Madden mastectomy; while benign tumors were resected with wide excision margin. Recurrences occurred in three benign tumors and in one malignant tumor.

Conclusions: *Phylloid* tumor of the breast is a fibroepithelial tumor of rare presentation, with low malignancy and recurrence rate.

Keywords: breast tumors; *phylloid*; recurrences.

Recibido: 19/02/2024

Aceptado: 20/03/2024

Introducción

El tumor filoide de la mama fue descrito por primera vez en 1838 por Johannes Muller y desde el momento de su descubrimiento ha recibido más de 60 denominaciones⁽¹⁾ por lo que durante muchos años fue conocido como cistosarcoma Phyllodes, pero en la actualidad la Organización Mundial de la Salud⁽²⁾ (OMS) ha establecido el término de tumor filoide de la mama.

La denominación cistosarcoma responde a "cisto" debido a sus cavidades quísticas ocasionadas por la necrosis generada por su rápido crecimiento, y sarcoma por su color grisáceo y aspecto brillante, de tipo carne de pescado.⁽³⁾ Por su parte el vocablo Phyllodes proveniente del idioma griego y le fue aplicado debido a su aspecto foliáceo generado por el crecimiento de su estroma.

Al ser un tumor poco frecuente representa solo entre el 0,3 al 0,4 % de todos los tumores mamarios y ocupa entre el 2,5 al 3 % de todos los tumores epiteliales de dicho órgano.^(4,5)

La OMS⁽²⁾ propuso en el año 1982 para este tumor la clasificación de Norris y Taylor modificada por Azopardi⁽⁶⁾ basada en el sobrecrecimiento estromal, el pleomorfismo nuclear, el índice mitótico, la celularidad y los márgenes del tumor.

Clasificación que establece tres tipos:

- tumor filoide benigno,
- tumor filoide maligno,
- tumor filoide borderline.

Mientras que *Tse*⁽⁶⁾ y *Rosemberg*⁽⁷⁾ asumen para su clasificación, la basada en la relación entre la apariencia histológica y el curso clínico del tumor establecida por Pietruszka y Barnes para los tumores filoide de la mama.

- tumor filoide benigno es aquel que presenta de 0 a 4 mitosis en 1 campo de alto poder,
- tumor filoide intermedio es el que presenta: de 5 a 9 mitosis en 10 campos de alto poder, márgenes infiltrantes y atipia celular mínima del estroma,
- tumor filoide maligno es aquel que presenta 10 o más mitosis en 10 campos de alto poder, márgenes infiltrados y atipia celular moderada o marcada del estroma.

La edad promedio de aparición de estos tumores es en la cuarta década de la vida, entre los 45 y 50 años de edad y su aparición es extremadamente infrecuente en la adolescencia y niñez; en cuanto al sexo, a nivel mundial solo muy aislados casos han sido diagnosticados en el sexo masculino, al corresponder el 99 % de ellos a las féminas. Su tamaño puede variar desde unos pocos centímetros hasta lesiones masivas que afectan toda la mama; en los que aquellos que alcanzan grandes volúmenes son con frecuencia lobulados debido a la presencia de nódulos en su estroma.⁽⁸⁾

El tumor filoide de la mama en su evolución presenta dos períodos de crecimiento, uno inicial de crecimiento lento y otro posterior de crecimiento rápido. A la palpación se presenta como un tumor de consistencia firme, bordes lisos, superficie regular, móvil dentro de la glándula, sin infiltrar la piel aunque ésta a veces puede presentar compromiso (edema, eritema, úlceras) por la compresión que la masa tumoral ocasiona a sus estructuras vasculares, sin que esto último implique un comportamiento infiltrativo.⁽⁹⁾

Es una neoplasia fibroepitelial mamaria con un componente epitelial benigno y un componente mesenquimal benigno o maligno. Las lesiones de bajo grado se

parecen a fibroadenomas, pero con una mayor celularidad y más imágenes de mitosis. Las lesiones de alto grado son difíciles de diferenciar de otros tipos de sarcomas de partes blandas y pueden tener focos de diferenciación mesenquimatosa.⁽¹⁰⁾

Microscópicamente puede observarse proliferación acentuada del estroma, al estar constituido por células fusiformes en su mayoría fibroblastos y miofibroblastos a veces con mitosis, atipias nucleares y pleomorfismo y aumenta paralelamente con la celularidad y se correlaciona con mayor incidencia de recurrencia.⁽¹¹⁾ La mayor celularidad también se relaciona con el crecimiento estromal, el cual rebasa el epitelio y hace que este sea escaso o ausente en un o más campos de 40x examinados, criterio este utilizado por algunos⁽¹²⁾ como pronóstico de malignidad en estos tumores, en los cuales muy ocasionalmente se han descrito carcinomas *insitu* ductales y lobulillares, aunque lo más frecuente es que sean infiltraciones de otros tumores adyacentes.

Además este tumor de la mama puede presentar focos de metaplasia ósea, cartilaginosa, muscular o adiposa con características benignas o malignas, aunque lo más frecuente es que esto ocurra en su forma malignas (lesiones sarcomatosas).⁽¹³⁾ También la parte epitelial puede tener cambios metaplásico apocrino o escamosos.

En las biopsias realizadas por aspiraciones con aguja fina (BAAF) se observó un frotis semejante al de los fibroadenomas, con densidad celular elevada, gran número de fibroblastos de núcleos alargados y complejidad variable, grupos celulares epiteliales dispuestos en sábana similares entre ellos y presencia de numerosos núcleos desnudos bipolares con tendencia a variar en tamaño y formas algunas veces pleomórficas.⁽¹⁴⁾

Los tumores filoides tienen características radiológicas similares a la de los fibroadenomas al presentarse como una masa circunscripta ovalada, redonda o lobulada que suele alcanzar grandes dimensiones. La ecografía puede demostrar patrones eco quísticos y sólidos hipoecoicos, heterogéneos o complejos, mientras

que la resonancia magnética suele mostrar un realce interno heterogéneo debido a la presencia de quistes, necrosis o tabiques, los que pueden estar relacionados con el rápido crecimiento del tumor.⁽¹⁵⁾

Los tumores filoides benignos, *borderline* y malignos tienen características de imagen similares; sin embargo, algunos hallazgos de la resonancia magnética pueden ayudar a determinar el riesgo de malignidad como los márgenes no delimitados, los componentes quísticos con paredes irregulares, el edema peritumoral, la baja intensidad de señal en las imágenes potenciadas en T2 y el coeficiente de difusión aparente bajo se correlaciona con un mayor grado histológico, presencia de hiper celularidad estromal, infarto hemorrágico y necrosis en histopatología.

Su diagnóstico se realiza basándose en la anamnesis, el examen físico, el ultrasonido mamario, la mamografía, las pruebas inmunohistoquímicas, la BAAF y la biopsia excisional, con sus variantes por congelación y por parafina.

Algunos autores⁽¹⁶⁾ han planteado que el tratamiento elección de los tumores filoides tanto benignos como malignos es la resección quirúrgica con amplios márgenes de escisión y en los malignos como terapia adyuvante la radioterapia en aquellos de naturaleza maligna o con resecciones incompletas y factores de riesgo de recidiva.

En las últimas décadas, sobre todo en pacientes jóvenes, muchos abogan por la cirugía conservadora de la mama,⁽¹⁷⁾ pero el consenso más establecido entre los profesionales dedicados al tratamiento de las enfermedades tumorales de la mama es que como tratamiento de elección en los de naturaleza benignas o *borderline* la resección quirúrgica amplia con margen de 2 cm de escisión y en los malignos la mastectomía sin vaciamiento axilar, al metastizar estos tumores por vía hemática y no linfática.^(18,19)

El tratamiento de este tumor representa un desafío debido a su alta tasa de recurrencia en correspondencia con el gran aumento de volumen y el acelerado crecimiento de sus lesiones,⁽²⁰⁾ en las que un 20 % de sus tumores malignos pueden

presentar recidivas locales y también metástasis a distancia, fundamentalmente por vía hemática y con una pobre supervivencia a los cinco años.^(21,22)

Por lo que el objetivo de este estudio fue caracterizar los tumores filoides diagnosticados en la provincia de Cienfuegos en un período de 43 años.

Métodos

Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo de serie de casos con los 10 320 pacientes operados de tumores fibroepiteliales en el servicio de cirugía general del Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía de Cienfuegos durante un periodo de 43 años, (enero 1980 a diciembre de 2022), de los cuales 207 fueron tumores filoides de la mama y coincidió con la muestra investigada.

Criterio de inclusión:

- Total, de pacientes operados de tumor filoide de la mama en el período estudiado.

Criterio de exclusión:

- No se aplicó, al poder estudiar el total de los pacientes operados.

Las variables analizadas

- tipo de tumor
- sexo,
- edad,
- localización topográfica del tumor,
- mama afectada,
- tamaño del tumor,
- variante histológica,
- técnica quirúrgica empleada.

– recidiva

Para revisar las historias clínicas, así como los archivos de anatomía patológica se solicitó la autorización de la dirección del hospital, de la jefatura del archivo central y del departamento de anatomía patológica.

Para valorar la evolución de los pacientes operados, estos previo su consentimiento fueron citados a consulta de seguimiento a los 3,6 y 12 meses de operados y posteriormente de forma anual los cinco años posteriores a su operación.

La fuente primaria de recolección de la información fue la historia clínica individual de cada paciente, así como los archivos de anatomía patológica del centro y los datos obtenidos se vaciaron en un modelo recolector de datos diseñado por los autores. Los resultados finales se presentan en tabla de números y porcentaje.

Esta investigación fue aprobada por el comité de ética y el consejo científico del Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía de Cienfuegos.

Resultados

En la tabla 1 se observa que, de los 10 320 tumores fibroepiteliales operados en el período estudiado, solo 207 (2 %) correspondieron a tumores filoides.

Tabla 1- Tumores fibroepiteliales operados en Cienfuegos 1980-2022

Tumores Fibroepiteliales	No	%
Fibroadenomas	10,113	98
Tumores filoides	207	2
Total	10,320	100

Fuente: Registro grupo provincial de mastología.

La tabla 2 muestra que solo un paciente portador de tumor filoide perteneció al sexo masculino, mientras que el mayor número de afectados estuvo en los grupos de

edades comprendidos entre 40 y 60 años, lo cual coincide con la literatura nacional e internacional revisada acerca del tema.

Tabla 2- Pacientes operados de tumor filloide mamario según sexo y grupo de edades

Variables	n	%
Sexo		
Masculino	1	0,48
Femenino	206	99,52
Grupo de edades		
-15 años	3	1,4
15- 20 años	7	3,3
21- 30 años	10	4,8
31- 40 años	22	10,6
41- 50 años	98	47,3
51- 60 años	59	28,5
61 -70	6	2,8
+ de 70 años	2	0,9
Total	207	100

Fuente: Registro grupo provincial de mastología

En la tabla 3 se observa como la mama derecha fue ligeramente más afectada que la izquierda, así como que el cuadrante superior externo en ambas mamas, la zona anatómica más afectada.

Tabla 3- Tumores filloides operados según localización anatómica

Localización	Mama derecha		Mama izquierda		Bilateral		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Cuadrante superior externo (CSE)	64	60,3	69	69,6	2	100	135	65,2

Cuadrante superior interno (CSI)	17	16,0	15	15,1	-	0	32	15,8
Cuadrante inferior externo (CIE)	8	7,5	5	5,0	-	0	13	6,2
Cuadrante inferior interno (CII)	5	4,7	3	3,0	-	0	8	3,8
Areola	1	0,9	2	2,0	-	0	3	1,4
Prolongación axilar	2	1,8	-	-	-	0	2	0,9
Toda la mama	9	8,4	5	5,0	-	0	14	6,7
Total	106	51,2	99	47,8	2	0,9	207	100

Fuente: Registro grupo provincial de mastología.

En la tabla 4 se muestra como el mayor número de los tumores filoides tuvieron un tamaño entre cinco a diez cm. Mientras que solo 5 (2,2 %) de los 207 tumores operados fue de naturaleza maligna.

Tabla 4- Tumores filoides mamarios operados según tamaño y variante histológica

Variables	n	%
Tamaño del tumor		
Menos de 5 cms	4	1,9
De 5 a 10 cms	171	82,6
Más de 10 cms	32	15,4
Total	207	100,0
Variante histológica		
Tumor filoide benigno	202	99,4
Tumor filoide maligno	5	2,2
Tumor filoide <i>borderline</i>	-	-
Total	207	100

Fuente: Registro grupo provincial de mastología.

En la tabla 5 se puede observar que, de los 207 pacientes operados de tumores filoides, solo a los cinco tumores que resultaron ser de naturaleza maligna se les realizó como técnica quirúrgica inicial la mastectomía de Maden; mientras que a los

tumores benignos se les realizó la exéresis del tumor con amplios márgenes de escisión.

En cuanto a las recidivas, en los 202 tumores filoides benignos operados, mediante exéresis con amplios márgenes de sección, solo tres (1,4 %) presentaron recidivas, las cuales fueron tratadas mediante la mastectomía total de Maden. En los tumores filoides malignos tratados mediante mastectomía de Maden, solamente en un paciente (0,4 %) se presentó una recidiva local.

Tabla 5- Tumores filoides operados según técnica quirúrgica y presencia de recidivas

Variables	n.	%
Técnica quirúrgica empleada		
Mastectomía de Maden	5	2,2
Resección amplia	202	99,4
Total	207	100
Recidivas		
En resecciones parciales por tumores filoides benignos	3	1,4
En tumores Phyllodes malignos	1	0,4
No recidivas	203	98
Total	207	100

Fuente: Registro del grupo provincial de mastología.

Discusión

Los tumores filoides como los fibroadenomas nacen del estroma intralobulillar. Johannes Muller al describirlos en el año 1838, los caracterizó como un tumor de contenido quístico, aspecto carnoso y con hendiduras en su interior, semejantes a las hojas de un libro, dándole el nombre de cistosarcoma filoide. Tras haber recibido más de 60 denominaciones, la OMS acordó en los últimos años otorgarle el nombre de tumor filoide.

Estos tumores suelen aparecer a partir de la cuarta década de la vida, 10 o 20 años

más tarde con respecto a los fibroadenomas y son muy raros los casos reportados en niñas y adolescentes, lo cual se corrobora en la presente investigación, pues de los 207 casos operados solo tres eran niñas y siete adolescentes.^(23,24)

Su tamaño varía desde unos pocos centímetros hasta lesiones masivas que afectan toda la mama. Tienen un período de crecimiento primero lento y luego uno de crecimiento rápido en el que alcanzan grandes volúmenes y son con frecuencia lobulados debido a la presencia de nódulos de estroma proliferante revestidos por epitelio.

En la presente investigación se encontró que en los 43 años estudiados se operaron en el servicio de cirugía general del Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía de Cienfuegos, 10 320 tumores fibroepiteliales, de los que solo 207 (2 %) se correspondió con tumores filoides y es coincidente con *Hasdemir* y otros.⁽²⁵⁾

En cuanto al sexo, solo un paciente masculino fue diagnosticado con un tumor filoide y coincide con lo reportado por *Hasdemir* y otros⁽²⁵⁾ al describirlo como extremadamente raro en la mama de un hombre.

La edad de presentación del tumor en la mayoría de los casos fue de más de 40 años, resultado coincidente con los de *Ogunbiyi* y otros⁽²⁶⁾, pues en estos 43 años estudiados solo fueron diagnosticados y operados por este tumor en Cienfuegos, tres niñas (1,4 %) y siete adolescentes (3,3 %).

La mama derecha fue ligeramente más afectada que la izquierda y el cuadrante superior externo la zona mamaria en la que se localizaron el mayor número de los tumores en ambas mamas. Solamente en dos pacientes se diagnosticaron tumores filoides bilaterales y coincide con lo publicado por *Francisco* y otros⁽²⁷⁾ al considerar como muy rara la presentación bilateral de estos tumores.

En cuanto al tamaño, el mayor número de pacientes presentaron tumores cuyo volumen oscilaba entre 5 y 10 cms, de los cuales al analizar su naturaleza, solo cinco fueron de naturaleza maligna y representaron 2,2 % del total, cifra esta inferior a la reportada por otros autores,^(28,29) quienes reportan cifras mayores al 3 %. No se diagnosticó en los 43 años estudiados ningún tumor filoide *borderline*.

Con relación al tratamiento, se siguió la opinión de la mayoría que plantea que en los tumores benignos se debe realizar una exéresis amplia; mientras que la mastectomía simple mediante la técnica de Maden⁽³⁰⁾ como técnica de elección debe ser utilizada ante los tumores de naturaleza maligna o intermedia. A pesar de que autores como *Stranzal* y otros⁽³¹⁾ de la escuela de medicina de Graz en Austria plantean que la cirugía preservadora de la mama con márgenes amplios negativos debe ser la opción terapéutica inicial preferida, ya que no existe indicación para la disección axilar pues estos tumores rara vez metastizan a las glándulas linfáticas regionales

Al analizar las recidivas en los 207 pacientes operados de tumores filoides, solo en cuatro de ellos se presentaron recidivas, tres en tumores filoides benignos a quienes se les había realizado resección amplia y una en un tumor filoide maligno a quien se le había realizado una mastectomía de Maden.

Mustatã y otros⁽³²⁾, así como *Pankratjevaite* y otros⁽³³⁾ describen que las recidivas en cirugías parciales suelen ser del 5 al 15 % en tumores benignos, y del 20 al 30 % en los tumores malignos, las que por lo general se presentan en los dos primeros años después del tratamiento quirúrgico causadas por un tratamiento inadecuado. Con frecuencia la recurrencia es histológicamente similar al tumor inicial, pero con un comportamiento más agresivo, mayor celularidad estromal y mayor número de atipias. Incluso se han descrito tumores benignos que al recurrir lo hacen como malignos.⁽³⁴⁾

En cuanto al tratamiento adyuvante, el papel de la radioterapia posoperatoria sigue poco claro al no haberse podido demostrar beneficio en su uso en pacientes adecuadamente resecados; al igual que el papel de la quimioterapia, que se ha probado con cisplatino y etopósido entre otros, como tratamiento paliativo.⁽³⁵⁾

Por lo que se puede concluir que el tumor filoide de la mama es un tumor fibroepitelial de rara presentación y con índice de malignidad y recidiva bajos.

Referencias bibliográficas

1. Rockbrand LP, Koutsowris S, García MA, Castro M, Sibaja DA. Tumor Phyllodes: revisión de la literatura. Revista Medicina Legal de Costa Rica. 2020 [acceso 06/12/2023];37(1). Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152020000100146&lng=en
2. Fabio J, Rico FJ, Mejía GA, Santillán EG, Brunner G, Sandoval CH, et al. Factores pronósticos de progresión loco regional en el tumor Phyllodes. A propósito de un caso. Gac Mex Oncol. 2021 [acceso 06/12/2023];20:67-71 Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2565-005X2021000500067
3. Sarango K, Mejia S. Tumor Filoides de mama. Rev. Med Ateneo. [acceso 06/12/2023];22(2):45-52 Disponible en: <http://colegiomedicosazuay.ec/ojs/index.php/ateneo/article/view/121>
4. 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: [10.56838/icmed.v12i2.91](https://doi.org/10.56838/icmed.v12i2.91)
5. Torres L, Caballero N, Puerto J. Tumor Phyllodes benigno de la mama. Revisión de la literatura y presentación de un caso. Rev Finlay. 2017 [acceso 06/02/2024];7(4):290-3 Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342017000400009&lng=es
6. Tse GKJTA. Phyllodes tumor. In: International Agency for Research on Cancer. WHO Classification of Tumors. 5ed. Lyon, France: Editorial Board Breast Tumors; 2019 [acceso 06/12/2023]:172-6. Disponible en: <https://tumourclassification.iaarc.who.int/>
7. Rosenberg LH, Quintana LM, Thomas SM, Nimbkar SN, Hieken TJ, Ludwig KK, et al. Limited Reported of Histopathologic Details in a Multi- Institutional Academic Cohort of Phyllodes Tumors: Time for Standardization. Annals of Surgical Oncology. 2022 [acceso 06/12/2023];28:7404-09. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33990927/>
8. Bogach J, Shakeel S, Frances C, Wright F, Look Hong NJ. Phyllodes Tumors: A

- Scoping Review of Literature. Annals of Surgical Oncology. 2022 [acceso 06/12/2023];29:446-59 Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34296360/>
9. Jiménez L, Soberano J, García O. Evolución natural del tumor filoides de mama. Reporte de un caso. Ginecol Obstet Mex. 2018 [acceso 06/12/2023];86(8):548-53. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2018000400009&lng=es
10. Priscilla L; Blanco KA. Tumor Phyllodes maligno: Un reporte de caso. Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR-HSJD. 2020 [acceso 12/12/2023];1(1):1-6 Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/clinica/article/view/39373>
11. Cardoso NM, Buhl L, Betancourt A; Saldivia F. Tumor Filodes bilateral, a propósito de un caso. Revista Venezolana de Oncología. 2021 [acceso 02/12/2023];33(3) Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375666698004>
12. Reyes MI, Cazorla M, Jiménez C, Martínez D, García J. Asociación de tumor phyllodes y carcinoma ductal infiltrante. Prog Obstet Ginecol. [acceso 12/12/2023];62(2):150-5 Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-184911>
13. Lui SA, Oh HB, Wang S, Chan CW. Ductal carcinoma in situ arising within benign phyllodes tumours. Ann R Coll Surg Engl. 2018 [acceso 02/12/2023];100(4):e97-102. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5958862/>
14. Maita Y, Manrique J, Díaz V, Alcarraz C. Rol de la biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF) en el abordaje diagnóstico de tumoraciones mamarias palpables en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Lima-Perú. Horiz Med (Barcelona). 2018 [acceso 12/11/2023];18(2):19-26. DOI: [10.24265/horizmed.2018.v18n2.04](https://doi.org/10.24265/horizmed.2018.v18n2.04)
15. Ditsatham C, Chongruksut W. Phyllodes tumor of the breast: diagnosis, management and outcome during a 10-year experienced. Cancer Manag and Research. 2019 [acceso 18/12/2023];11:7805-11 Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31695485/>

16. Ercilla J, Martí M, Martínez E, González M, Arnanz F, Zapico A. Tumor Phyllodes de la mama: nuestra experiencia durante 11 años y revisión de la literatura. Clínica e investigación en Ginec y Obstetricia. 2021;(48)196-00 DOI: [10.1016/j.gine.2020.11.006](https://doi.org/10.1016/j.gine.2020.11.006)
17. Espuelas S, Nicolau P, Fabregó B, Alcántara R, Vázquez I, Rodríguez EM, et al. Abordaje multidisciplinar de un tumor Phyllodes maligno de mama en una mujer de 16 años. Rev Senol Patol Mama. 2020;33(2):72. DOI: [10.1016/j.senol.2020.01.001](https://doi.org/10.1016/j.senol.2020.01.001)
18. Frías R. Análisis del tratamiento del tumor filoides de mama en la unidad de mama del humv [tesis grado en Medicina]. [España]: Santander: Universidad de Cantabria; 2022 [acceso 12/02/2023]. Disponible en : https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/25748/2022_FriasGarciaLagoR.pdf?sequence=1
19. Gutiérrez MA, Arriaga B, Cordido P; Molina P. Lesión borderline de la mama. Sanid Mil. 2021 [acceso 26/01/2024];77(3):156-7. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/sm/v77n3/18878571-sm-77-03-156.pdf>
20. Amer A, Ainley P, Thompson R, Mathers H. Postoperative follow-up practice of phyllodes tumour in the UK: Results from a national survey. The Surgeon. 2018;16(2):74-81. DOI: [10.1016/j.surge.2016.05.003](https://doi.org/10.1016/j.surge.2016.05.003)
21. Choi N, Kim K, Shin KH, Kim Y, Moon HG, Park W, et al. The Characteristics of Local recurrence after Breast-Conserving Surgery alone for malignant and recurrence after Breast-Conserving Surgery alone for malignant and Borderline Phyllodes Tumors of the Breast (KROG 16-08). Clin Breast Cancer. 2019. DOI: [10.1016/j.clbc.2019.04.003](https://doi.org/10.1016/j.clbc.2019.04.003)
22. Amir R, Rabah R, Sheikh S. Malignant Phyllodes Tumor of the Breast with Metastasis to the Pancreas: A case report and review of literature. Oncological Medicine. 2018 [acceso 12/01/2023];6491675:1-5. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6040289/>
23. Torres L. Cistosarcoma Phyllodes. Presentación de un caso en niña. Revista Medisur. 2006 [acceso 12/12/2023];4(2). Disponible en:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180019831018>

24. Torres L, Sarmiento J, Rubio M.C. Tumor Phyllodes en adolescente. Presentación de un caso. Revista Medisur. 2008 [acceso 12/02/2023];6(1):54-6

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180020294010>

25. Hasdemir S, Tolunay Ş, Özşen M, Gökgöz MŞ. Phyllodes tumor of the breast: A clinic pathological evaluation of 55 cases. Eur J Breast Health. 2019 [acceso 12/02/2024];16(1):32-8. DOI [10.5152/ejbh.2019.4709](https://doi.org/10.5152/ejbh.2019.4709)

26. Ogunbiyi S, Perry A, Jakate K, Simpson J, George R. Phyllodes tumour of the breast and margins: How much is enough. Can J Surg. 2019 [acceso 21/02/2024];62(1):E19-E21. DOI: [10.1503/cjs.005718](https://doi.org/10.1503/cjs.005718)

27. Francisco A, Beniquez J, Guarecuco JE, Masri M, El-Tawil R. Bilateral Concurrent Benign Phyllodes Tumor in a 43-Year-Old Female: A Case Report. Cureus. 2023;15(4):e37588. DOI [10.7759/cureus.37588](https://doi.org/10.7759/cureus.37588).

28. Pankratjevaite L, Samulionis A, Miliou T. Diagnostic challenges of benign breast phyllodes tumour: A rapid- growing tumour during pregnancy caused breast loss. A case report. Int J Surg Case Rep. 2021;82:105866. DOI: [10.1016/j.ijscr.2021.105866](https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2021.105866)

29. Souza R, Doi M, De Brot M, Caparica R, Moraes S, Alves de Souza J, et al. Malignant Phyllodes Tumor of the Breast: A Practice Review. Clinics and Practice 2022;11:205-15 DOI: [10.3390/clinpract11020030](https://doi.org/10.3390/clinpract11020030)

30. Orea D, Morales DF, Fernández R, Sanchez JI. Tumor *Phyllodes* benigno recidivante a maligno tratado con resección amplia más colgajo abdominotorácico. Rev Mex Mastol. 2019 [acceso 12/12/2023];9(1):24-6. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=88203>

31. Mustată L, Gică N, Botezatu R, Chirculescu R, Gică C, Peltecu G, et al. Malignant phyllodes tumor of the breast and pregnancy: a rare case report and literature rev. Medicina (Kaunas). 2021;58:36. DOI: [10.3390/medicina58010036](https://doi.org/10.3390/medicina58010036)

32. Pankratjevaite L, Samulionis A, Miliou T: Diagnostic challenges of benign breast phyllodes tumour: A rapid- growing tumour during pregnancy caused breast loss. A case report. Int J Surg C Rep. 2021;82:105866. DOI: [10.1016/j.ijscr.2021.105866](https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2021.105866)

33. 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;26:1263-75. DOI: [10.1245/s10434-018-07134-5](https://doi.org/10.1245/s10434-018-07134-5)
34. Noori C, Kyubo K, Yumi K, The Characteristics of Local Recurrence After Breast-Conserving Surgery Alone for Malignant and Borderline Phyllodes Tumors of the Breast. *Clinical Breast Cancer*. 2019 [acceso 12/01/2024];5(2):346b Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31103280/>
35. Noriega JH, Arce CH. La quimioterapia induce respuesta completa en tumor *Phyllodes* maligno de mama metastásico a pulmón. *Gac Mex Oncol*. 2020 [acceso 12/12/2023];19(Suppl):41-4 Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S2565-005X2020000500041

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Contribución de los autores

Conceptualización: Lidia Torres Ajá.

Curación de datos: Lidia Torres Ajá, José Alberto Puerto Lorenzo.

Análisis formal: Lidia Torres Ajá.

Investigación: Lidia Torres Ajá, José Alberto Puerto Lorenzo.

Metodología: Lidia Torres Ajá, José Alberto Puerto Lorenzo.

Administración del proyecto: Lidia Torres Ajá.

Supervisión: Lidia Torres Ajá.

Validación: Lidia Torres Ajá.

Visualización: Lidia Torres Ajá, José Alberto Puerto Lorenzo.

Redacción – borrador original: Lidia Torres Ajá, José Alberto Puerto Lorenzo.

Redacción – revisión y edición: Lidia Torres Ajá, José Alberto Puerto Lorenzo.