

EXPERIENCIA DE TUMOR FILODES EN UN CENTRO DE REFERENCIA EN EL SIGLO XXI 44 PACIENTES

OSAMA BAHASAS-ZAKY ¹, JOSÉ GUTIÉRREZ ¹, ANDREA VALDERRAMA ¹, LUIS SOLÓRZANO ¹,
WLADIMIR VILLEGAS ¹, JOSEPMILLY PEÑA COLMENARES ¹

¹ SERVICIO DE PATOLOGÍA MAMARIA DEL SERVICIO ONCOLÓGICO HOSPITALARIO - IVSS. CARACAS, VENEZUELA

RESUMEN

Los tumores filodes de mama representan una neoplasia fibroepitelial poco frecuente. Descritos inicialmente por Johannes Müller como «cistosarcoma filodes», por su aspecto macroscópico en forma de hoja, presentan un reto clínico único debido a su comportamiento biológico heterogéneo. **MÉTODO:** Estudio descriptivo, retrospectivo, longitudinal (2002 - 2023) 47 pacientes intervenidas en el servicio de patología mamaria. En 44 de estas pacientes el estudio histológico definitivo reportó tumor filodes. **RESULTADOS:** 44 pacientes de sexo femenino con promedio de edad de $48,2 \pm 9,94$ años, tiempo de seguimiento promedio 54,6 meses $\pm 33,40$. Al observar el diagnóstico posoperatorio; 29 pacientes (61,70 %) presentaron en la biopsia definitiva diagnóstico de tumor filodes benigno, 6 pacientes (12,76 %) de tumor filodes *borderline*, 9 pacientes (19,14 %) tumor filodes maligno, y 3 pacientes (6,38 %) presentaron otro diagnóstico diferente, en el margen quirúrgico se obtuvo una distancia promedio de $2,08 \pm 2,98$ cm, 6 recurrencias siendo 5 locorregionales y 1 a distancia, y con relación al subtipo histológico 10 % en los tumores filodes benignos y 33,33 % en los malignos. **CONCLUSIÓN:** En este trabajo no se pudo demostrar una asociación entre el margen de resección y

la recaída locorregional o a distancia, al igual que el hecho de recibir adyuvancia por lo que se recalca en la necesidad de evaluación integral de los factores pronósticos, un mejor seguimiento y del desarrollo de directrices estandarizadas para optimizar la atención a los pacientes afectados por esta enfermedad.

PALABRAS CLAVE: Tumor filodes, histología, cirugía, radioterapia, quimioterapia, recurrencia local.

SUMMARY

Phyllodes tumors of the breast represent a rare fibroepithelial neoplasm. Initially described by Johannes Müller as “cystosarcoma filodes”, because of their macroscopic leaf-shaped appearance, they present a unique clinical challenge due to their heterogeneous biological behavior. **METHOD:** Descriptive, retrospective and longitudinal study (2002 - 2023) 47 patients operated in the breast pathology service. In 44 of these patients the definitive histological study reported a phyllodes tumor. **RESULTS:** 44 female patients with an average age of 48.2 ± 9.94 years, average follow-up time of 54.6 months ± 33.40 . When looking at the postoperative diagnosis; 29 patients (61.70 %) presented in the definitive biopsy a diagnosis of benign phyllodes tumor, 6 patients (12.76 %) of borderline phyllodes tumor, 9 patients (19.14 %) of malignant phyllodes tumor, and 3 patients (6.38 %) presented another different diagnosis, The average surgical margin was 2.08 ± 2.98 cm, there were 6 recurrences being 5 locoregional and 1 distant, and in relation to the histological subtype 10 % in benign phyllodes tumors

ORCID

Osama Bahsas Z	0000-0003-2051-7077	osamabzaky@gmail.com
José A Gutiérrez F:	0009-0003-7570-8353	jagf712@gmail.com
Andrea C Valderrama T:	0009-0008-2114-0914	anceval3001@gmail.com
Luis J Solorzano P:	0009-0004-0768-5169	ljsolorzanop@gmail.com
Wladimir J Villegas R:	0000-0001-8999-9751	wladimirjvillegasr@gmail.com
Josepmilly Peña C:	0000-0002-1114-6289	josepmillyp@yahoo.com

Recibido: 18/02/2026 Revisado: 12/03/2026

Aceptado para publicación: 14/04/2025

Autor de correspondencia: Dr. Osama Bashas Zaky.
E-mail: osamabzaky@gmail.com

Esta obra está bajo una Licencia
[Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike](#)
[4.0 International License](#)

and 33.33 % in malignant ones. **CONCLUSION:** In this study, despite the sample of 44 patients, it was not possible to demonstrate an association between the resection margin, adjuvant treatment received and locoregional or distant relapse, thus emphasizing the need for comprehensive evaluation of prognostic factors, better follow-up and the development of standardized guidelines to optimize the care of patients affected by this disease.

KEY WORDS: Phyllodes tumor, histology, surgery, radiotherapy, chemotherapy, local recurrence.

INTRODUCCIÓN

Los tumores filodes (TF) de mama representan una neoplasia fibroepitelial infrecuente la cual constituye menos del 1 % de todos los tumores de mama ^(1,2).

Estos tumores, fueron descritos por primera vez por Johannes Müller en 1838 y denominados como «cistosarcoma filodes», reflejando su aspecto macroscópico en forma de hoja, con el paso de los años ha ido cambiando de nombre hasta en el año 2003 la OMS lo designa como «Tumor Filodes» y estableciendo que presentan un reto clínico único debido a su comportamiento biológico heterogéneo ⁽²⁾.

La presentación clínica se caracteriza por masas palpables, de crecimiento rápido; circunscritas, y aunque pueden aparecer a cualquier edad, predominan en la cuarta década de la vida, con una edad media de diagnóstico en torno a los 45 años. A diferencia de los fibroadenomas (FAD), a los que pueden imitar clínicamente, los TF suelen mostrar un crecimiento más rápido, a veces perceptible en semanas o meses ⁽¹⁻⁴⁾.

El tamaño de los TF puede variar considerablemente, desde pequeños nódulos de menos de 2 cm hasta grandes masas de más de 10 cm de diámetro. Es más probable que los tumores más grandes se asocien a cambios cutáneos pudiendo incluso causar ulceración en algunos casos.

Aunque la mayoría de los TF son indoloros, algunos pacientes pueden experimentar molestias o sensibilidad relacionadas con el rápido crecimiento y elongamiento de la piel suprayacente ⁽¹⁻⁴⁾.

Estos tumores requieren un enfoque integral para su diagnóstico y tratamiento, a menudo complicado por su relativa infrecuencia y la superposición de su presentación clínica con lesiones mamarias más comunes como los fibroadenomas o con patología maligna como el cáncer de mama (CM) ⁽¹⁻⁶⁾. Esta ambigüedad diagnóstica puede provocar retrasos en el tratamiento adecuado, especialmente en entornos con recursos limitados donde el acceso a modalidades diagnósticas especializadas y la experiencia pueden ser condicionados ⁽⁵⁾.

Históricamente, la caracterización de los TF se basa en gran medida en las características histopatológicas, clasificándolos en subtipos benignos, limítrofes y malignos en función de criterios como la celularidad estromal, la atipia, la actividad mitótica y el sobrecrecimiento estromal ^(1,2). Sin embargo, cada vez son más evidentes las limitaciones de este sistema de clasificación histológica para predecir con exactitud el comportamiento clínico y el pronóstico ^(1,3). La variabilidad entre observadores en la interpretación histológica, la subjetividad inherente a ciertos criterios y la incapacidad para determinar los complejos fundamentos moleculares de la progresión tumoral contribuyen a la discordancia de la interpretación microscópica, pero en última instancia necesidad de confiar únicamente en la evaluación histopatológica tradicional ⁽⁶⁾.

Los hallazgos imagenológicos en la mamografía son masas densas típicamente redondeadas y lobuladas con márgenes parcialmente indistintos o marginados. Las calcificaciones dentro de la masa son infrecuentes ⁽⁷⁾. En la ecografía, el TF se presenta como una masa hipoeoica, parcialmente indistinta o parcialmente circunscrita, aunque se

puede observar un componente quístico con reforzamiento posterior este es más típico en los subtipos malignos. Con frecuencia, los TF muestran aumento de la vascularidad en el Doppler color ⁽⁸⁾.

Las características presentes en la resonancia magnética nuclear (RMN) on típicamente señal heterogénea baja en las imágenes ponderadas en T1, aunque pueden ser visibles áreas de hemorragia hiperintensa en T1. Las imágenes ponderadas en T2 suelen mostrar una masa lobulada con líquido hiperintenso en espacios en forma de hendidura y, en ocasiones, hiperintensidad en los tejidos circundantes ^(7,8). La evaluación con RMN puede ser beneficiosa para discernir la invasión de la pared torácica en el TF maligno ⁽⁸⁾.

El TF a pesar de ser una patología descrita hace casi 2 siglos, no está totalmente estudiada, por lo que es importante entender la idiosincrasia en un país como Venezuela, de cómo se comporta este tipo de tumoración y si las descripciones internacionales de pronóstico, recurrencia y tasas de curación son similares a las obtenidas en el Servicio Oncológico Hospitalario del IVSS, este, como muestra representativa de la población nacional en vista de ser centro de referencia.

MÉTODO

Se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo de 47 pacientes intervenidas en el servicio de patología mamaria en el Hospital Especializado Nacional Servicio Oncológico Hospitalario IVSS, en el período comprendido entre 2002 y 2023. En 44 de estas pacientes, el estudio histológico definitivo reveló la presencia de tumores filodes, los cuales se clasificaron en benignos, *borderline* y malignos.

Los datos se obtuvieron mediante una revisión de las historias clínicas y los resultados de las biopsias de las pacientes intervenidas en el servicio

de patología mamaria, así como del seguimiento en la consulta para conocer la evolución de las pacientes posterior a la intervención quirúrgica. Las variables consideradas fueron grupo de edades, comportamiento biológico del tumor (benigno, *borderline*, maligno), tamaño del tumor, tipo de cirugía realizada, tipo de reconstrucción realizada, margen quirúrgico, seguimiento, recaídas, tiempo promedio para la recaída, sobrevida global y si recibieron algún tratamiento adyuvante.

RESULTADOS

Fueron evaluadas las historias de 47 pacientes, todas del sexo femenino con promedio de edad de $48,2 \pm 9,94$ años (rango 32 - 82 años), con un tiempo de seguimiento con una media de 54,6 meses $\pm 33,40$ (rango de 4 a 162 meses).

Todas las 47 pacientes tenían mamografía bilateral y ultrasonido complementario al momento del diagnóstico, y las biopsias se realizaron mediante aguja gruesa.

El diagnóstico preoperatorio 33 pacientes (70,21 %) correspondía al diagnóstico benigno, 9 (19,14 %) al diagnóstico *borderline*, 3 (6,38 %) al diagnóstico maligno y otro diagnóstico de las tumoraciones preoperatorias se vio en 2 pacientes (4,25 %), siendo en ambos casos el diagnóstico de fibroadenoma pericanalicular.

Al observar el diagnóstico posoperatorio en el Cuadro 1, 29 pacientes (61,70 %) presentaron en la biopsia definitiva diagnóstico de tumor filodes benigno (TFB), 6 pacientes (12,76 %) de tumor filodes *borderline* (TFB), 9 pacientes (19,14 %) tumor filodes maligno (TFM), y 3 pacientes (6,38 %) presentaron otro diagnóstico diferente a TF en la biopsia posoperatoria, siendo este otro diagnóstico fibroadenoma canalicular en 2 oportunidades y en 1 paciente, sarcoma pleomórfico, concluyendo solo 44 pacientes con diagnóstico definitivo de TF.

Cuadro 1. Concordancia en resultado de biopsia prequirúrgica y biopsia posoperatoria

	Biopsia posoperatoria				Total %
	Benigno	Borderline	Maligno	Otro diagnóstico	
Biopsia preoperatoria					
Benigno	24	2	5	2	33 (70,2)
Borderline	4	3	1	1	9 (19,1)
Maligno	0	0	3	0	3 (6,4)
Otro diagnóstico	1	1	0	0	2 (4,3)
Total	29	6	9	3	47
	(61,7 %)	(12,8 %)	(19,1 %)	(6,4 %)	

Kappa: 0,21 (Error estándar: 0,13)

Al evaluar el Cuadro 2, se observa cierta discordancia entre el diagnóstico preoperatorio y posoperatorio, ya que ocurrieron 8 modificaciones de diagnóstico, lo que representa el 17,02 % de los casos.

Al observar el tamaño del tumor el promedio fue de 10,28 cm $\pm$ 6,83 (2,5 cm - 30 cm), el tamaño varió dependiendo del diagnóstico, en los TFB el tamaño promedio 9,16 cm $\pm$ 5,68, en los TFB tamaño promedio de 10,25 cm $\pm$ 4,40 y en los TFM 16,46 cm $\pm$ 9,65. Con respecto al tipo de cirugía se puede evidenciar en el Cuadro 2.

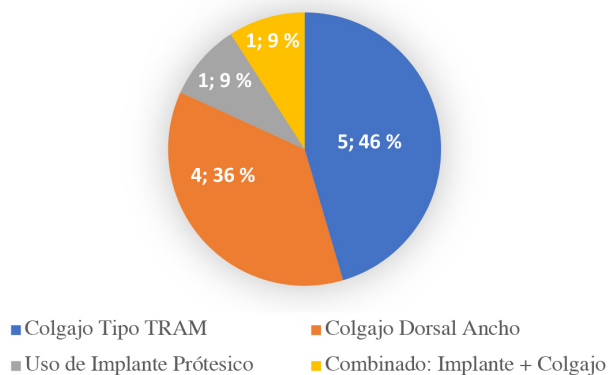
Cuadro 2. Cantidad y tipo de intervenciones quirúrgicas realizadas.

Cirugía	Nº de pacientes	(%)
MPO	17	36,17
MT	28	59,57
MRMM	2	4,25
Total	47	

MPO: mastectomía parcial oncológica. MT: mastectomía total. MRMM: mastectomía radical modificada.

En 11 de las pacientes (23,4 %) se realizaron reconstrucciones inmediatas llevadas a cabo por el servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva de la institución, y el tipo y cantidad de reconstrucciones se puede observar en la Figura 1.

Tipo de Reconstrucción

**Figura 1.** Cantidad y tipo de intervenciones reconstructivas quirúrgicas realizadas.

Respecto al margen quirúrgico de las piezas definitivas se obtuvo en promedio un margen de 2,08 cm $\pm$ 2,98 cm, en 3 muestras, se describió la biopsia como "En contacto el tumor con el margen quirúrgico", 2 de las cuales eran TFB y 1 TFM, de estas 3 pacientes, ninguna presentó

Cuadro 3. Descripción clínico-patológica de las pacientes con recaídas locorregionales y a distancia.

	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3	Paciente 4	Paciente 5	Paciente 6
Edad (años)	40	42	56	50	66	37
Tamaño (cm)	3,4	No referido	3,3	5	14	18
Margen quirúrgico (cm)	2	No referido *	0,2	3	1	0,3
Tipo de Intervención Quirúrgica	MT+ RI TRAM	MT+RI TRAM	MT+RI TRAM	MPO	MRN	MT+RIDA
Diagnóstico posoperatorio Radioterapia	TFM No	TFM Si	TFB No	TFB No	TFM Si	TFB No
Lugar de la recaída	Mama ipsilateral	Piel de tórax ipsilateral y	Mama ipsilateral	Mama ipsilateral	A distancia	Mama ipsilateral
Tiempo entre la cirugía y la recaída (meses)	36	22	60	58	12	40

MT: mastectomía total. RI: reconstrucción inmediata con colgajo TRAM (*Transverse Rectus Abdominis Muscle*) o colgajo DA(dorsal ancho). MPO: mastectomía parcial oncológica. MRMM: mastectomía radical modificada. TFM: Tumor filodes maligno. TFB: Tumor filodes benigno. *Muestra Fragmentada

recaída locorregional o a distancia en el tiempo de seguimiento, y en 1 muestra no se pudo evaluar márgenes.

Se observaron 5 recaídas locorregionales y 1 recaída a distancia en un tiempo de 11 años, lo que significaría una tasa de recurrencias de 13,63 %.

No hubo relación demostrable entre la aparición de la recaída y el margen de resección quirúrgica, en vista que la muestra fue pequeña, sin embargo, con relación a la histología si se evidenció una franca diferencia ya que ocurrieron recaídas en 3 pacientes con TFB lo que significa una tasa de recurrencia del 10 % y una tasa de recurrencia de 33,33 % en los TFM.

Solo 3 de las 44 pacientes con TF (6,81 % de las pacientes) recibieron algún tipo de terapia adyuvante, observando en los 3 casos, la administración de radioterapia externa posoperatoria a razón de 6 000 cGy, ninguna paciente del total de la muestra recibió

quimioterapia adyuvante.

Al evaluar la sobrevida global (SG), a pesar de las limitaciones de seguimiento de las pacientes, se pudo constatar solo 1 deceso, ocurrido en una paciente con recaída a distancia en pulmón y quien fallece a los 24 meses del posoperatorio, lo que significaría una SG de 97,7 % en 5 años en general, y 66,7 % en 5 años para los TFM.

DISCUSIÓN

En total fueron evaluadas las historias de 47 pacientes en 21 años de revisión de historias, todas del sexo femenino con promedio de edad de 48 años, de las cuales el diagnóstico definitivo se modificó en 8 pacientes con relación al preoperatorio, y se excluyeron 3 pacientes del estudio que en el resultado definitivo se observó otra neoplasia diferente al TF.

Como múltiples tumores de la mama, el

tratamiento de elección para los TF es la exéresis de el tumor con márgenes libres, aunque el margen necesario depende del comportamiento biológico de la lesión, en TFB la resección con márgenes libres es suficiente, mientras que en los de TFB y TFM, se recomienda un margen de seguridad de por lo menos 1 cm⁽¹⁰⁾. En este trabajo a pesar de la muestra de 44 pacientes no se pudo demostrar una asociación entre el margen de resección y la recaída locorregional o a distancia.

Con relación al manejo de la axila no se recomienda la disección axilar ya que la diseminación ganglionar en los casos de patología maligna es inferior al 2 % (4,11, pero se pudo observar en esta investigación que en 2 casos se realizó algún tipo de tratamiento axilar, ambas cirugías realizadas en 2002 antes de que se estandarizara el no tratamiento axilar en el servicio de patología mamaria. Como también se puede observar en el trabajo de Rodríguez y col. publicado en el 2002 y realizado en la misma institución donde de 55 pacientes, a 8 (14,54.%) con TFM se les realizó algún procedimiento axilar⁽¹²⁾.

Las recaídas locales y las metástasis a distancia generalmente son diagnosticadas dentro de los primeros 3 años del tratamiento primario. Aunque se han descrito varios factores asociados al comportamiento clínico y evolución, los que están asociados a recaída local, metástasis a distancia y disminución de la sobrevida son sobrecrecimiento estromal, necrosis tumoral y número de mitosis^(4,5,10).

La SG a los 5 años descrita en la literatura es del 96 % para los TFB y del 66 % para los TFM^(3,4,10). Similar a la que se obtuvo en este trabajo (100 % para los TFB y 66 % para los TFM) y al evaluar la tasa de recurrencia se observa en las referencias revisadas tasas del 10 % al 17 % para los TFB y hasta un 30 % para los TFM, con resultados similares en este estudio, siendo de 10 % para los TFB, y de 33,3 % para los TFM.

La poca especificidad en los hallazgos clínicos e imagenológicos y variabilidad a la observación histológica ha suscitado un creciente interés por incorporar marcadores moleculares y parámetros clínicos a la evaluación diagnóstica y pronóstica de los TF. Diversos estudios han explorado el papel de alteraciones genéticas, incluidas las mutaciones en TF53, MED12, TERT y otros genes implicados en la regulación del ciclo celular y la reparación del ADN, en la predicción de la transformación maligna y el potencial metastásico⁽⁹⁾. Además, se han identificado factores clínicos como el tamaño del tumor, el estado de los márgenes y la edad del paciente como importantes indicadores pronósticos⁽²⁻⁶⁾.

La integración de estos hallazgos moleculares y clínicos en un modelo integral de estratificación del riesgo es prometedora para mejorar la precisión del pronóstico y orientar estrategias de tratamiento personalizadas.

Aunque existe consenso en que el tratamiento principal para los TF es quirúrgico existen algunas controversias con relación al tratamiento adyuvante, sin embargo, en TFB y TFM se ha demostrado beneficio de la radioterapia con relación al período de supervivencia libre de enfermedad (SLE) y con la SG^(3,11,13).

El uso de quimioterapia citotóxica se ha estudiado solo en series de casos, sin estudios aleatorizados de gran tamaño que marquen una pauta, y se ha concluido que son útiles en casos de pacientes con tumores filodes irresecables o con patología metastásica, siendo utilizados esquemas similares a los ya utilizados en patologías sarcomatosas^(3,13-15).

Los resultados obtenidos resaltan la importancia de un diagnóstico histopatológico preciso y de evaluar los factores pronósticos de los pacientes para dictaminar el tratamiento idóneo. De cara al futuro, la investigación y la colaboración continuas son esenciales para perfeccionar los enfoques terapéuticos y mejorar nuestra comprensión del comportamiento

biológico de los tumores filoides. Este estudio subraya la necesidad de un mejor seguimiento y del desarrollo de directrices estandarizadas para optimizar la atención y tratamiento de los pacientes afectados por esta enfermedad.

CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores de este trabajo declaran no tener conflicto de interés.

REFERENCIAS

1. WHO classification of tumors. Breast Tumors. 5ª edición. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2019. Disponible en: URL: <https://publications.iarc.who.int/Book-And-Report-Series/Who-Classification-Of-Tumours/Breast-Tumours-2019>
2. Zhang Y, Kleer CG. Phyllodes tumor of the breast: Histopathologic features, differential diagnosis, and molecular/genetic updates. [citado 23 Octubre 2020]. Disponible en: URL: <https://aplm.kglmeridian.com/view/journals/arpa/140/7/article-p665.xml>
3. Yu CY, Huang TW, Tam KW. Management of phyllodes tumor: A systematic review and meta-analysis of real-world evidence. Disponible en URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1743919122007464>
4. Gullett NP, Rizzo M, Johnstone PAS. National surgical patterns of care for primary surgery and axillary staging of phyllodes tumors. The Breast Journal. 2009;15(1):41-44.
5. Sars C, Sackey H, Frisell J, Dickman PW, Karlsson F, Kindts I, et al. Current clinical practice in the management of phyllodes tumors of the breast: An international cross-sectional study among surgeons and oncologists. Breast Cancer Res Treat. 2023;199(2):293-304.
6. Cheo FF, Tan YB, Tan PH. An update on the classification of phyllodes tumors of the breast. Diagnostic Histopathology. 2022;28(3):119-125.
7. Tan H, Zhang S, Liu H, Peng W, Li R, Gu Y, et al. Imaging findings in phyllodes tumors of the breast. Eur J Radiol. 2012;81(1): E62-69.
8. Duman L, Gezer NS, Balci P, Altay C, Başara I, Durak MG, et al. Differentiation between Phyllodes tumors and fibroadenomas based on mammographic sonographic and MRI features. Breast Care. 2016;11(2):123-127.
9. Bansal R, Tolulope A, Elliott A, Tan AR, Ribeiro JR, Meisel J, et al. Genomic landscape of malignant Phyllodes tumors identifies subsets for targeted therapy. JCO Precis Oncol. 2024;8:e2400289.
10. Calvo HD, Wu Y, Lin HY, Nassif EF, Zarzour MA, Guadagnolo BA, et al. Margin width and local recurrence in patients with Phyllodes tumors of the breast. Ann Surg Oncol. 2024;31(12):8048-8066.
11. Chen WH, Cheng SP, Tzen CY, Yang TL, Jeng KS, Liu CL, et al. Surgical treatment of phyllodes tumors of the breast: Retrospective review of 172 cases. J Surg Oncol. 2005;91(3):165-194.
12. Rodríguez J, Gómez A, Renola A. Tumor Filodes de la mama: revisión De 55 casos en el Hospital Oncológico "Padre Machado". Rev Venez Oncol. 2003;15(1):28-37.
13. Chao X, Chen K, Zeng J, Bi Z, Guo M, Chen Y, et al. Adjuvant radiotherapy and chemotherapy for patients with breast phyllodes tumors: A systematic review and meta-analysis. BMC Cancer. 2019;23;19(1):372.
14. Boutrus RR, Khair S, Abdelazim Y, Nasr S, Ibraheem MH, Farahat A, et al. Phyllodes tumors of the breast: Adjuvant radiation therapy revisited. [citado 23 marzo 2024]. Disponible en: URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8079270/>
15. Yamamoto S, Yamagishi S, Toshiro Kohno, Tajiri R, Toshikazu Gondo, Yoshimoto N, et al. Effective treatment of a malignant breast phyllodes tumor with doxorubicin-ifosfamide therapy. Case Rep Oncol Med. 2019;2019:2759650.