



Tumor filoide borderline em mama esquerda

Borderline phyllodes tumor on the left breast

Tumor filoides borderline en mama izquierda

Juliana Gomes Bergo Dâmaso¹⁻³, Lara Sawan Cunha²⁻³, Caio César Miranda Peixe⁴.

RESUMO

Objetivo: Evidenciar o caso de uma paciente que passou a ter um nódulo em mama esquerda, de crescimento acelerado, após trauma em mama por ter o hábito de apertar intensamente e repetidamente a região em questão. **Detalhamento do caso:** Paciente feminino, 37 anos, portadora de deficiência intelectual, apresentou nódulo em mama esquerda de consistência móvel, indolor à palpação e com crescimento acelerado, após adquirir o hábito de apertar a mama de forma intensa e regularmente, traumatizando-a. Optado por realizar setorectomia, abordando os Quadrantes Súpero e Ínfero Lateral de mama esquerda. Enviado material para estudo anatomopatológico, em que foi evidenciado Tumor Filoides Borderline. Meses depois, optado por realização de Mastectomia Simples. Paciente apresentou-se bem no pós-operatório. **Considerações finais:** É de extrema importância o tratamento cirúrgico através da excisão de toda a peça com margens de segurança, a fim de se obter o estudo anatomopatológico e o diagnóstico correto para melhor elucidação do quadro e avaliação de prognósticos e demais acompanhamentos.

Palavras-chave: Tumor filoide, Neoplasias da mama, Tratamento.

ABSTRACT

Objective: To show a case of a patient who started to have a nodule in the left breast, with accelerated growth, after trauma to the breast due to her habit of intensely and repeatedly squeezing this breast. **Case detail:** Female patient, 37 years old, with intellectual disability, presented a lump in the left breast of mobile consistency, painless on palpation and with accelerated growth, after acquiring the habit of squeezing the breast intensely and regularly, traumatizing the issue. We opted to perform a sectorectomy, approaching the Superior and Infero Lateral Quadrants of the left breast. Material was sent for anatomopathological study, which showed Borderline Phyllodes Tumor. Months later, he opted to undergo a Simple Mastectomy. The patient performed well postoperatively. **Final considerations:** Surgical treatment is extremely important through excision of the entire piece with safety margins, in order to obtain the anatomopathological study and the correct diagnosis for better elucidation of the condition and evaluation of prognoses and other follow-ups.

Keywords: Phyllodes Tumor, Breast Neoplasms, Treatment.

RESUMEN

Objetivo: Demostrar el caso de una paciente que presentó un nódulo en la mama izquierda, de crecimiento acelerado, posterior a un traumatismo en la mama por la costumbre de abrir la mama en cuestión de manera intensa y repetida. **Detalle del caso:** Paciente femenina, de 37 años, con discapacidad intelectual, presenta un bulto en la mama izquierda de consistencia móvil, indoloro a la palpación y de crecimiento acelerado, tras adquirir el hábito de apretar la mama de forma intensa y regular, traumatizando el problema. Optamos por realizar una sectorectomía, abordando los Cuadrantes Superior e Infero Lateral de la mama izquierda. Se

¹ Universidade Federal de São João del Rei. São João del-Rei - MG.

² Centro Universitário Municipal de Franca. Franca, Franca - SP.

³ Fundação Santa Casa de Misericórdia de Franca, Franca - SP.

⁴ Instituto Brasileiro de Combate ao Câncer, Franca - SP.

enviou material para estudo anatomopatológico, el cual mostró Tumor Phyllodes Borderline. Meses después optó por someterse a una Mastectomía Simple. El paciente se desempeñó bien en el postoperatorio. **Consideraciones finales:** Es de suma importancia el tratamiento quirúrgico mediante la escisión de toda la pieza con márgenes de seguridad, con el fin de obtener el estudio anatomopatológico y el correcto diagnóstico para una mejor elucidación del cuadro y evaluación de pronósticos y otros seguimientos.

Palabras clave: Tumor filoide, Neoplasias de la Mama, Tratamiento.

INTRODUÇÃO

O Tumor Filoide (TF) é uma neoplasia mamária rara, descrita pela primeira vez por Johannes Muller em 1838 (BONILLA-SEPÚLVEDA OA, 2021). Recebeu esse nome devido a características histológicas, que se assemelha a uma folha, originada do conduto lobular terminal derivado do epitélio estromal (BONILLA-SEPÚLVEDA OA, 2021; ROJAS ROJAS FN e MONTEALEGRE JA, 2020).

A idade média de aparecimento é de 45 anos, em que o quadro clínico tende a ser bastante sugestivo, com uma massa mamária única, unilateral, firme, móvel e bem delimitada (BONILLA-SEPÚLVEDA OA, 2021; NCBI BOOKSHELF, 2023; ROJAS ROJAS FN e MONTEALEGRE JA, 2020), fazendo-se necessário realizar exames de imagem, na intenção de entender melhor o aspecto da lesão (PEREIRA E e SILVA KF, 2012; ROSSI M, et al., 1992), e exames histopatológicos a fim de se evitar uma cirurgia desnecessária. Constitui um desafio diagnóstico devido a semelhança com fibroadenomas, em que o diagnóstico definitivo e o tratamento se darão após a retirada cirúrgica de toda a peça (BONILLA-SEPÚLVEDA OA, 2021; INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER, 2023; ROJAS ROJAS FN e MONTEALEGRE JA, 2020), com excisão ampla e margens de segurança de cerca de 1cm para evitar recidiva do tumor (NCBI BOOKSHELF, 2023; SBM, 2023).

Por isso, a radicalidade da cirurgia está relacionada ao tamanho do tumor (SBM, 2023). Após a retirada da peça, há a possibilidade de se fazer um adequado estudo anatomopatológico e dividir os TF em Benignos, Borderline ou Maligno (LOKUHETTY D, et al., 2019; BONILLA-SEPÚLVEDA OA, 2021; LAKHANI SR, et al., 2012; NCBI BOOKSHELF, 2023; ROJAS ROJAS FN e MONTEALEGRE JA, 2020). O objetivo desse trabalho foi relatar um estudo de caso de uma paciente que passou a apresentar um tumor na mama esquerda, que ocupava a mama em toda sua extensão, de forma repentina e de crescimento acelerado em pouco tempo. Trauma, gestação e atividade estrogênica aumentada podem ser associados como fatores estimuladores (ROJAS ROJAS FN e MONTEALEGRE JA, 2020).

Baseados em revisões científicas a despeito da história natural da doença, enfatizamos a importância da realização da investigação diagnóstica bem como a personalização do tratamento, a fim de se obter o melhor resultado, com bons prognósticos futuros, a fim de se evitar recidivas, algo frequente nesse caso.

DETALHAMENTO DO CASO

Este é um estudo de caso apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) (Parecer 6.484.732 e CAAE 74382923.5.0000.5438), tendo a concordância da tia da paciente com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e Autorização do Uso de Imagem.

Paciente do sexo feminino, 37 anos de idade, nuligesta, parda, procedente de cidade próxima à Franca - SP, foi encaminhada ao ambulatório de mastologia do Hospital do Câncer de Franca em fevereiro de 2023, devido ao aparecimento repentino de nódulo em mama esquerda, há cerca de 2 meses. Paciente com deficiência intelectual, acompanhada da tia, que referiu que a sobrinha mantém o hábito de apertar intensamente e repetidamente a mama em questão, traumatizando a área. Já estava em investigação desde o ano anterior, quando realizou exames de imagem na cidade de origem, quando, então, foi encaminhada.

Em sua primeira consulta no ambulatório de mastologia, a paciente estava acompanhada da tia, que assistiu todo o exame físico. Ao exame físico, apresentava bom estado geral, corada, hidratada, acianótica e

anicterica. Paciente não verbal, desorientada no tempo e espaço. Possuía mamas pendulares, de grande volume, apresentando assimetria importante ao exame estático e dinâmico da mama. Mama direita sem alterações, porém, mama esquerda apresentava-se aumentada de volume, com tumoração móvel, não aderida a planos profundos, ocupando toda a mama à palpação (**Figura 1**).

Paciente não apresentava fâcias de dor durante a realização do exame físico. A palpação axilar, infra e supra clavicular encontrava-se negativa. Ausência de expressão em ambos os mamilos. Não havia alterações na pele ou retrações mamilares que fizessem considerar tratar-se de algo, à primeira vista, maligno.

Figura 1 - Mama da paciente em consulta pré-operatória.



Fonte: Dâmaso JGB, et al., 2024.

Ao exame de imagem, em Mamografia realizada em dezembro de 2022, evidenciou-se volumosa massa de contornos lobulados, medindo 12,5 cm, ocupando toda a mama esquerda, sendo categorizado como Bi-Rads 4C. Ao exame Ultrassonográfico de Mamas, o nódulo apresentava-se hipoecoico, lobulado, de limites precisos em Quadrante Súpero-Lateral (QSL) de mama esquerda, medindo 6 cm, contendo nódulo adjacente medindo 3,2 cm, sendo categorizado como Bi-Rads 4. Foi realizado também exame de Core-Biopsy, com resultado de biópsia evidenciando hiperplasia fibroepitelial benigna com estroma hiperplásico.

Ao se aventar a possibilidade de se tratar de um Tumor Filoides, devido ao aspecto do tumor e crescimento rápido, a conduta inicial proposta foi a realização de cirurgia de Setorectomia em Mama Esquerda (cirurgia de mama conservadora, em que se retirou apenas a nodulação e suas respectivas margens de segurança), realizada no dia 20/04/2023, sem intercorrências, com colocação de dreno portovac 4.8 a fim de se evitar seromas e hematomas na área cirúrgica. O material obtido na cirurgia, foi enviado para estudo anatomopatológico, sendo solicitado ao patologista que classificasse qual subtipo histológico de Tumor Filoides seria.

Paciente recebeu alta hospitalar no dia seguinte ao ato cirúrgico, acompanhada da tia, com quem esteve durante toda a internação, em bom estado geral, com curativo em região, recebendo a orientação de não realizar o ato de tocar/apertar a região recém-operada.

Paciente passou a ter acompanhamento regular em ambulatório de mastologia, a fim de acompanhar o quadro nos dias e meses subsequentes à cirurgia, para retirada do dreno (com 7 dias de pós-operatório) e de pontos cirúrgicos (feita com 14 dias de pós-operatório) e avaliação de possíveis repercussões pós-operatórias. A ferida operatória manteve-se limpa e seca, sem sinais de infecção ou inflamação durante toda as avaliações seguintes.

Figura 2 - Paciente no 7º dia de Pós-operatório de Setorectomia.



Fonte: Dâmaso JGB, et al., 2024.

Ao Exame Macroscópico da peça (**Figura 3**), realizado por equipe de Anatomia Patológica, há a descrição de formação grosseiramente nodular de tecido esbranquiçado, com tecido adiposo associado, bem delimitado e aparentemente encapsulado, pesando 632 gramas e medindo 16,5x14,0x7,0cm.

Figura 3 - Peça retirada em cirurgia de Setorectomia e enviada para estudo anatomopatológico.



Fonte: Dâmaso JGB, et al., 2024.

Ao Exame Microscópico da peça (após processamento histológico) (**Figura 4**), também realizado por equipe de Anatomia Patológica, evidenciou-se neoplasia fibroepitelial na mama com projeções foliáceas com moderada atipia estromal, moderada celularidade estromal e ausência de supercrescimento estromal. Recebeu o laudo de Tumor Filoide Borderline, confirmando a hipótese diagnóstica levantada em primeira consulta.

Figura 4 - Aspecto histológico do Tumor Filoide Borderline da paciente, evidenciando, em menor aumento à microscopia, o aspecto foliáceo do tumor e moderada celularidade estromal.



Fonte: Dâmaso JGB, et al., 2024.

Durante os meses subsequentes de acompanhamento pós-operatório, foi observado que a paciente ainda manteve o hábito de apertar a mama esquerda, lesando a região recém-operada por Setorectomia. Através de uma decisão compartilhada com os familiares, foi optado pela realização de uma reabordagem cirúrgica através da realização de uma Mastectomia Simples (sem a realização de biópsia de linfonodo sentinela ou linfadenectomia axilar), a fim de se evitar recidivas do Tumor Filoide Borderline. A **Figura 5** mostra o resultado da nova cirurgia após 30 dias de execução. Atualmente, a paciente mantém o acompanhamento no ambulatório de mastologia do Hospital do Câncer de Franca, com consultas regulares, mensais, com bom estado geral e sem intercorrências.

Figura 5 - 30º dia de Pós-operatório de Mastectomia Simples.



Fonte: Dâmaso JGB, et al., 2024.

DISCUSSÃO

Descrevemos o caso de uma paciente com diagnóstico de Tumor Filoide (TF), uma neoplasia mamária descrita pela primeira vez em 1838 por Johannes Muller (BONILLA-SEPÚLVEDA OA, 2021), o qual havia dado a denominação de Cystossarcoma Filoide (ERGINEL B, et al., 2015). Estatisticamente, representa 0,3 a 0,9% dos tipos de tumores de mama, e 2 a 3% das neoplasias fibroepiteliais da mama (BONILLA-SEPÚLVEDA OA, 2021; INSTITUTO NACIONAL DEL CÂNCER, 2023; LIN CC, et al., 2013; ROJAS ROJAS FN e MONTEALEGRE JA, 2020; TAN PH, et al., 2005).

A idade da paciente também coincide com a faixa etária de maior ocorrência desse evento, que acomete mulheres entre 35 e 45 anos (ROJAS ROJAS FN e MONTEALEGRE JA, 2020; TESTA I, et al., 2018), com uma idade média de 40 anos (BONILLA-SEPÚLVEDA OA, 2021; OREA-ESTUDILLO D, et al., 2008), apresentando-se como uma massa única na mama, tendo consistência firme, móvel, bem delimitada e sem comprometimento de pele e planos profundos (BONILLA-SEPÚLVEDA OA, 2021; NCBI BOOKSHELF, 2023; ROJAS ROJAS FN e MONTEALEGRE JA, 2020).

São tumores incomuns com componente bifásico fibroepitelial, com crescimento rápido, em que o tamanho pode variar de 1 a 45 cm, podendo, assim, ocupar toda a mama (NCBI BOOKSHELF, 2023; PENES NO, et al., 2021). Os casos bilaterais são mais raros ainda, pois representam menos de 2,5% (BONILLA-SEPÚLVEDA OA, 2021; TESTA I, et al., 2018). Como descrito pela acompanhante da paciente, o tumor filoides da mesma teve crescimento em poucos meses.

Apresentam um padrão de crescimento acelerado e, por isso, a paciente pode apresentar quadro algíco e hiperemia local em associação. Devido a isso, o TF pode ser confundido, inicialmente, com um quadro de mastite, abscesso mamário ou descarga mamilar, o que pode atrasar seu correto diagnóstico (INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER, 2023; TESTA I, et al., 2018). Alguns casos também podem apresentar-se mais volumosos e endurecidos, associados a ulcerações, sugerindo formas malignas (PEREIRA E e SILVA KF, 2012). Essas lesões causam uma assimetria significativa entre os seios, devido à largura das lesões (LAPKITTICHOT S, et al., 2022), fazendo com que essas manifestações aumentem a suspeita de que é um TF e não um fibroadenoma ou câncer de mama, por exemplo (LAPKITTICHOT S, et al., 2022).

Trauma local, gestação, atividade estrogênica aumentada e lactação podem ser fatores de risco, levando a produção de fatores de crescimento do epitélio celular mamário (NCBI BOOKSHELF, 2023). Os TF também podem estar associados a síndromes paraneoplásicas, como pioderma gangrenoso e osteoartropatia hipertrófica (VERGARA JCQ, et al., 2019). A paciente do caso, por exemplo, teve como condição predisponente o ato de apertar a mama, levando ao trauma local. Possui duas fases de crescimento: uma inicial lenta e uma tardia de crescimento rápido (TEPEDINO MP, et al., 2016), porém, apesar de ter capacidade de invasão e de dar metástases, a maioria tem comportamento benigno (IBANEZ GR, et al., 2010), sendo raro a transformação maligna (0,02% a 0,03% de todos os casos) (ROJAS ROJAS FN e MONTEALEGRE JA, 2020).

Diferentemente dos carcinomas de mama, os TF se iniciam fora dos lóbulos e ductos, no tecido conectivo – o estroma, podendo conter células estromais e células epiteliais (NCBI BOOKSHELF, 2023; ROJAS ROJAS FN e MONTEALEGRE JA). O nome “Filoides” se dá devido a sua forma microscópica, em que se observa o estroma proliferativo revestido por epitélio e elementos glandulares benignos em forma de folha (BONILLA-SEPÚLVEDA OA, 2021; ZHANG Y e KLEER CG, 2016), podendo ser visualizado esse padrão nas imagens do caso realizadas através de microscopia eletrônica – após processamento histológico da peça (**Figura 4**).

Exibem padrão de crescimento intracanalicular, com o componente epitelial constituído por células epiteliais e mioepiteliais luminais esticadas em arcos (NCBI BOOKSHELF, 2023). É uma neoplasia fibroepitelial rara em que a patogênese molecular é amplamente desconhecida (ZHANG Y e KLEER CG, 2016).

Ao exame macroscópico da peça, observa-se que o TF é uma massa circunscrita, firme e saliente, compatível com a peça retirada na primeira cirurgia realizada pela paciente (**Figura 3**). Pode ter a presença de necrose e hemorragia em lesões extensas (NCBI BOOKSHELF, 2023). É importante salientar que os TF podem conter focos com características benignas, limítrofes e malignas misturadas na mesma tumoração, o que torna o exame macroscópico cuidadoso, bem como a avaliação histológica de suma importância (ZHANG Y e KLEER CG, 2016). O diagnóstico é feito através da avaliação da manifestação clínica do quadro na paciente (VERGARA JCQ, et al., 2022) e histológicas (NCBI BOOKSHELF, 2023; ROSSI M, et al., 1992), bem como a realização de estudos de imagem (PEREIRA E e SILVA KF, 2012; VERGARA JCQ, et al., 2022), para que não haja confusão com outros tipos de tumores (VERGARA JCQ, et al., 2022), como o fibroadenoma – diagnóstico diferencial mais importante (BONILLA-SEPÚLVEDA OA, 2021).

À mamografia, o TF apresenta-se como uma massa densa, lobulada e arredondada, com imagem circunscrita. Ao exame de ultrassonografia, observa-se uma imagem hipoecoica, circunscrita, com realce posterior, podendo ter vascularização aumentada ao estudo doppler. O uso de Ressonância Nuclear Magnética é reservado para avaliação de invasão na parede torácica – se casos malignos (NCBI BOOKSHELF, 2023).

Para outros tipos de tumores de mama, as biópsias possuem um importante papel diagnóstico, porém, para os TF, a acurácia é de 23% com punção aspirativa com agulha fina e 65% com uso de biópsia percutânea com agulha grossa (core biopsy) (BONILLA-SEPÚLVEDA OA, 2021; PEREIRA E e SILVA KF, 2012; RODRIGO B, et al., 2015; ROJAS ROJAS FN e MONTEALEGRE, 2020). Possuem porcentagens de acerto melhores quanto menores forem os tumores, o que dificulta o diagnóstico em tumores gigantes (RODRIGO B, et al., 2015), sendo inconclusivo também para a diferenciação entre os fibroadenomas (PEREIRA E e SILVA KF, 2012). Assim, o diagnóstico definitivo sem excisão cirúrgica é difícil, pois será feito pelo anatomopatológico que diferenciará as formas benignas e malignas dos TF (PEREIRA E SILVA KF, et al., 2012; RODRIGO B, et al., 2015), que é baseada em uma combinação de diversas características histológicas (ZHANG Y e KLEER CG, 2016).

A classificação histológica em Benigno (52% dos casos), Borderline/Limítrofe (13%) ou maligno (35%), depende da forma de atipia celular, celularidade estromal, atividade mitótica, aparência da margem do tumor e do supercrescimento (BONILLA-SEPÚLVEDA OA, 2021; LAKHANI SR, et al., 2012; NCBI BOOKSHELF, 2023; ROJAS ROJAS FN e MONTEALEGRE JA, 2020; ZHANG Y e KLEER CG, 2016). Apresentam um amplo espectro de morfologia, sendo necessário combinar várias dessas características histológicas para alcançar o diagnóstico correto e fornecer informações clínicas de fato úteis (ZHANG Y e KLEER CG, 2016).

Os Tumores Filoides do tipo “Borderline” recebem essa denominação por não possuírem todas as características histológicas para serem classificados como “Malignos”. Podem ter uma borda circunscrita ou focalmente invasivas, mitoses frequentes, celularidade estromal moderada e atipia estromal. Esse tipo de TF não foi extensivamente investigado em comparação aos TF Benigno e Maligno (ZHANG Y e KLEER CG, 2016).

O tratamento de escolha é feito de forma cirúrgica (BONILLA-SEPÚLVEDA OA, 2020; INSTITUTO NACIONAL DEL CÂNCER, 2023; ROJAS ROJAS FN e MONTEALEGRE JA, 2020), em que se faz necessário realizar uma excisão ampla com margens de segurança de 10 mm (YU CY, et al., 2022), para evitar recidivas (BONILLA-SEPÚLVEDA OA, 2020; SBM, 2023), sendo esse o padrão-ouro (YU CY, et al., 2022). Assim é feita uma incisão local ou mastectomia, com ou sem reconstrução mamária – dependendo do tamanho e do tipo histológico do tumor (PENES NO, et al., 2021; LAPKITTICHOT S, et al., 2022). A radicalidade da cirurgia está relacionada, portanto, ao tamanho do tumor, em que tumores grandes tendem a necessitar de mastectomia radical (NCBI BOOKSHELF, 2023).

A disseminação tumoral é por via hematogênica, não sendo, portanto, necessário realizar ressecção de linfonodos axilares (STAMATAKOS M, et al., 2009). A propagação sistêmica é rara, para cérebro e pulmões (BONILLA-SEPÚLVEDA OA, 2020; ROJAS ROJAS FN e MONTEALEGRE JA, 2020), ocorrendo mais comumente nos casos malignos (cerca de 22%) (ZHANG Y e KLEER CG, 2016). O prognóstico pós cirúrgico é favorável (87%) (NCBI BOOKSHELF, 2023), sendo que a ressecção cirúrgica com margem adequada é suficiente para a cura do quadro (ROJAS ROJAS FN e MONTEALEGRE JA, 2020). A maioria dos casos se comporta de forma benigna, com risco de recorrência variando entre 17% em casos de Tumor Filoides Benignos a 27% nos casos malignos, fazendo com que a classificação histológica se correlacione com o prognóstico (ZHANG Y e KLEER CG, 2016).

A recidiva não tem relação com o local de ocorrência, idade do paciente, tamanho do tumor ou margens microscopicamente comprometidas (PEREIRA E SILVA KF, 2012). Porém a recidiva pode ocorrer após a excisão cirúrgica - dentro dos primeiros anos de cirurgia (LAPKITTICHOT S, et al., 2022), sendo a margem de segurança e fatores clinicopatológicos os responsáveis por tal acontecimento (YU CY, et al., 2022). A radioterapia adjuvante já foi objeto de estudo nesses casos, porém, apesar de reduzir a recorrência local, não

afetou a sobrevida global da paciente, não sendo indicada (YU CY, et al., 2022) e considerada controversa (LAPKITTICHOT S, et al., 2022).

Em nosso caso em questão, o trauma frequente (através do costume que a paciente tinha de apertar a própria mama) ocasionou o aparecimento do Tumor Filoides. O tratamento final dessa paciente através de Mastectomia fez-se necessário e efetivo, haja vista que a paciente manteve o hábito após a cirurgia de Setorectomia. Assim, ressaltando a singularidade do caso, para evitar possíveis complicações e sequelas faz-se necessário avaliar o perfil de vulnerabilidade da paciente, individualizar o caso e estabelecer vínculos profissional-paciente e profissional-familiares, a fim de se obter bons desfechos e de se evitar posteriores recidivas.

REFERÊNCIAS

1. BONILLA-SEPÚLVEDA OA. Características clínico patológicas, tratamiento y pronóstico de tumor filodes en centros de referencia en Medellín, Colombia. *Revista Peruana de Ginecología e Obstetricia*, 2021; 67(1).
2. ERGINEL B, et al. Management of a Benign Phyllodes Tumor in a 13-Year-Old Girl with Trans-position of the Nipple Areola Complex and Breast Reconstruction. *Acta chirurgica Belgica*, 2015; 15(3).
3. GARLET BB, et al. Recurrent borderline phyllodes tumor of the breast submitted to mastectomy and immediate reconstruction: case report. *International Sugery Case Report*, 2019; 60: 25-9.
4. IBANEZ GR, et al. Tumor filoides de la mama. *Revista Chilena de Cirurgia*, 2010; 62.
5. INSTITUTO NACIONAL DEL CÂNCER. 2023. Definición de Tumor filoides - Dicionario de Cancer del NCI. Disponível em: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/tumor-filoides>. Acessado em: 14 de maio de 2023.
6. LAKHANI SR, et al. *Who Classification of tumours of the breast*. Lyon: IARC, 2012.
7. LAPKITTICHOT S, et al. Borderline phyllodes tumor arising in accessory breast tissue at the axilla. *Radiol Case Report*, 2022; 17(4): 1110-4.
8. LERWILL MF, et al. Fibroepithelial tumours of the breast – a review. *Virchows Arcc*, 2022; 480(1): 45-63.
9. LIN CC, et al. The clinical features and prognosis of the phyllodes tumors: a single institution experience in Taiwan. *International Journal of Clinical Oncology*, 2013; 18(4): 614-20.
10. LOKUHETTY D, et al. *WHO Classification of tumours – Breast tumours*. International Agency for research on Cancer; 2019.
11. NCBI BOOKSHELF. 2023. Phyllodes Tumor of The Breast. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK541138/?report=printable>. Acessado em: 14 de maio de 2023.
12. OGUNBIYI S, et al. Phyllodes tumour of the breast and margins: how Much is enough? *Canandian Journal of Surgery*, 2019; 62(1): 19-21.
13. OREA-ESTUDILLO D, et al. Tumor phyllodes en un paciente pediátrico. Informe de un caso y revision de la literatura. *Cirurgia y Cirujanos*, 2008; 76(2): 165-8.
14. PENES NO, et al. Large borderline phyllodes bresat tumor related to histopathology, diagnosis, and treatment management – case report. *Romanian j of morphology and embryology*, 2021; 62 (1): 283-8.
15. PEREIRA E e SILVA KF, et al. Tumor filoides de mama: série de casos e revisão de literatura. *Revista Brasileira de Mastologia*, 2012; 22(2).
16. RODRIGO B, et al. Tumores filoides de la mama. *Experiencia de 2 anos*. *Cirurgia paragua*, 2015, 39 (2).
17. ROJAS ROJAS FN e MONTEALEGRE JA. Diseminación tumoral de un filoide en una paciente gestante de 19 años. *Revista Ciencias de la salud*, 2020; 18(3): 1-9.
18. ROSSI M, et al. Phyllodes tumor of the breast. *Minerva chirurgica*, 1992; 47(11): 1047-52.
19. SBM. Lesões Mamárias de alto risco: ferramentas diagnósticas concomitantes e recomendações de manejo. Disponível em: <https://www.spmastologia.com.br/lesoes/lesoes-mamarias-de-alto-risco-ferramentas-diagnosticas-concomitantes-e-recomendacoes-de-manejo>. Acessado em: 14 de Maio de 2023.

20. STAMATAKOS M, et al. Phylloides tumor of the breast: a rare neoplasm, though not that innocent. *International Seminars in Surgical Oncology*, 2009; 6(6).
21. TAN PH, et al. Phyllodes tumors of the breast: the role of pathologic parameters. *American Journal of Clinical Pathology*, 2005; 123(4): 529-40.
22. TEPEDINO MP, et al. Tumor Filóides Borderline: Relato de caso e Revisao de Literatura. *Revista Saúde*, 2016; 07(2).
23. TESTA I, et al. Inflamed Phylloides Tumour in a Girl: A Challenging Diagnosis in Paediatric Breast Lesions. *International Journal of Enviroment Research and Public Health*, 2018; 15: 959.
24. VERGARA JCQ, et al. Tumor filoide de mama: reporte de caso clínico y revisión de la literatura. *Medicencias UTA*, 2022; 6(2): 66-73.
25. YO CY, et al. Management of phyllodes tumor: A systematic review and meta-analysis of real-world evidence. *International Journal of Surgery*, 2022; 107.
26. ZHANG Y e KLEER CG. Phyllodes Tumor of the Breast Histopathologic features, differential diagnosis and molecular/genetic updates. *Arch Pathol Lab Med.*, 2016; 140(7): 665-71.