

Relato de Caso

# Tumor Siringomatoso Mamário: Relato de Caso

Juliane Maria Mota Noles<sup>1,\*</sup>, Luana Kauany de Sá Santos<sup>2,3</sup>, Ana Flávia Novaes<sup>2</sup>, Gabriela Garcia de Carvalho Laguna<sup>2,4</sup>, Priscilla Teixeira Figueiredo<sup>2</sup>, Monalisa Ferraz de Ferraz<sup>1</sup>

- <sup>1</sup> Faculdade de Medicina, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Vitória da Conquista, Bahia, Brasil.  
<sup>2</sup> Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia (UFBA), Vitória da Conquista, Bahia, Brasil.  
<sup>3</sup> Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros (CISAM), Universidade de Pernambuco (UPE), Recife, Pernambuco, Brasil.  
<sup>4</sup> Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB), Teixeira de Freitas, Bahia, Brasil.

\* Correspondência: julianemnoles@gmail.com.

**Resumo:** O tumor siringomatoso é uma condição clínica rara e benigna, descrita pela primeira vez em 1983, caracterizada por proliferação glandular infiltrativa que pode acometer o complexo aréolo-mamilar. Devido à sua raridade e apresentação clínica, o diagnóstico diferencial com neoplasias malignas representa um desafio. Neste relato, por meio da coleta e análise de prontuários médicos, apresentamos o caso de uma paciente de 29 anos com histórico de lesão eczematosa persistente no mamilo esquerdo, acompanhada de descarga papilar. Após diversas avaliações clínicas e radiológicas, incluindo ultrassonografias e biópsias, foi realizada a excisão cirúrgica da lesão, cuja análise histopatológica revelou um tumor siringomatoso, com margens cirúrgicas comprometidas, porém sem evidência de malignidade. A paciente foi inicialmente tratada por ressecção local, mas evoluiu com necrose pós-operatória, necessitando de intervenções adicionais. Apesar de se tratar de uma lesão benigna, a recorrência local constitui um risco quando a excisão não é completa. O presente caso enfatiza a importância do diagnóstico preciso e de uma abordagem terapêutica adequada para prevenir recorrências e complicações cirúrgicas desnecessárias.

**Palavras-chave:** Neoplasias da Mama; Tumor Mamário; Relato de Caso; Diagnóstico Diferencial; Tumor Siringomatoso.

**Citation:** Noles JMM, Santos LKS, Novaes AF, Laguna GGC, Figueiredo PT, Ferraz MF. Tumor Siringomatoso Mamário: Relato de Caso. Brazilian Journal of Case Reports. 2026 Jan-Dec; 06(1):bjcr200.

<https://doi.org/10.52600/2163-583X.bjcr.2026.6.1.bjcr200>

Received: 30 Abril 2026

Accepted: 17 Junho 2026

Published: 20 Junho 2026



**Copyright:** This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0).

## 1. Introdução

Em 1983, Rosen descreveu pela primeira vez o adenoma siringomatoso do mamilo (SAN), um tumor mamário benigno caracterizado por proliferação localmente infiltrativa e com semelhanças histológicas aos siringomas [1]. Em 2012, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomendou a alteração da nomenclatura para tumor siringomatoso (SyT), em razão da natureza localmente invasiva da lesão [2]. O SyT é um tumor raro, e seu diagnóstico pode ser desafiador. Com base na classificação histológica dos tumores da glândula mamária, os principais diagnósticos diferenciais incluem os adenomas mamários e os carcinomas adenoescamosos de baixo grau (LGASC).

A excisão completa é considerada curativa, sendo observadas recorrências locais em aproximadamente 30% das lesões excisadas de forma incompleta. Foi relatado apenas um caso de possível micrometástase para linfonodo sentinela associado a esse tumor [3]. O tumor siringomatoso infiltrativo do mamilo frequentemente mimetiza clinicamente uma neoplasia mamária subjacente e, por essa razão, costuma atrair a atenção do cirurgião e do patologista cirúrgico, mas menos frequentemente do dermatologista e do dermatopatologista. Alguns pacientes foram submetidos à mastectomia devido à interpretação equivocada da lesão como carcinoma tubular [4] ou carcinoma adenoescamoso [5].

Este relato de caso tem como objetivo descrever a evolução clínica de uma paciente com tumor siringomatoso manifestado por lesão eczematosa no mamilo esquerdo, bem como comparar o caso com os achados descritos na literatura, destacando sua raridade e a importância de diferenciá-lo das neoplasias mamárias.

## 2. Case Report

Paciente do sexo feminino, 29 anos, acompanhada inicialmente no Centro Municipal de Atenção Especializada (CEMAE), em Vitória da Conquista-BA, e, a partir de 2020, no Instituto de Mastologia (IMASTO). Apresentava histórico familiar de câncer de mama, era nulípara (G0P0A0), fazia uso de Puran T4® (levotiroxina) e do contraceptivo oral combinado Primera 20® (desogestrel e etinilestradiol) havia dois anos e meio, sem relato de alergias medicamentosas conhecidas. Em 2014, apresentou inicialmente uma massa indolor na mama esquerda, acompanhada de secreção purulenta e fétida, de difícil cicatrização, evoluindo com deformidades e endurecimento da aréola ipsilateral. Ao procurar atendimento médico, foi submetida à biópsia do mamilo esquerdo, cujo resultado não evidenciou malignidade, demonstrando apenas cistos infundibulares e proliferação vascular subepitelial sem atipias. A paciente relatou ainda ter sido submetida previamente a três biópsias.

Ultrassonografias (US) realizadas em 2017 e 2019 apresentaram resultados normais (BI-RADS 1). Em exame físico realizado em 2020, observou-se lesão eczematosa no mamilo e na aréola esquerdos, sem suspeita clínica de malignidade. Inicialmente, foi sugerida a realização de biópsia por punch ou encaminhamento para avaliação dermatológica, tendo a paciente optado pela segunda alternativa. Um mês depois, nova US evidenciou espessamento da pele periareolar e papilar à esquerda, com discreto fluxo ao Doppler e elastografia intermediária, sendo classificada como BI-RADS 2, sem identificação de lesões sólidas ou císticas. Diante desse cenário, optou-se por acompanhamento anual com ultrassonografia.

Em janeiro de 2022, a paciente retornou relatando dor em pontada e secreção pelo mamilo esquerdo, manifestando desejo de realizar cirurgia para remoção da lesão. Ao exame físico, observou-se aumento da lesão eczematosa do mamilo esquerdo, medindo aproximadamente 4 cm de diâmetro. Na ocasião, foi indicada nova ultrassonografia e iniciado o preparo para intervenção cirúrgica. O exame revelou espessamento do complexo areolomamilar com aspecto edemaciado, possivelmente de natureza inflamatória (BI-RADS 2). Cinco meses depois, foi submetida à ressecção cirúrgica da lesão. O exame histopatológico da peça cirúrgica revelou tumor siringomatoso, com margens de ressecção comprometidas, sendo recomendada a realização de imuno-histoquímica (IHQ). No pós-operatório, a paciente evoluiu com necrose local associada à formação de tecido de granulação.

Após acompanhamento ambulatorial com curativos e melhora do processo de cicatrização, a paciente retornou apresentando cicatriz na mama esquerda decorrente da excisão do complexo areolopapilar, realizada durante uma segunda cirurgia para ampliação das margens. Esse segundo procedimento foi indicado após o resultado da IHQ confirmar o diagnóstico de tumor siringomatoso sem sinais de malignidade; entretanto, a remoção completa da lesão com margens cirúrgicas livres era fundamental para reduzir o risco de recorrência local.

Um mês após a segunda cirurgia, a paciente apresentou resultado de ressonância magnética (RM), que evidenciou linfonodo de 7 mm no quadrante superolateral (QSL) da mama esquerda, classificado como BI-RADS 2. Desde então, permanece sem complicações ou sinais de recorrência, mantendo seguimento ambulatorial programado com ultrassonografia e mamografia anuais.

### 3. Discussão

Apresentamos o caso de uma paciente de 29 anos, com histórico familiar de câncer de mama, nuligesta, em uso de Puran T4® e do contraceptivo oral combinado (COC) Primera 20®. A primeira biópsia, realizada em 2015, revelou cistos infundibulares e proliferação vascular subepitelial sem atipias. Entre 2017 e 2019, as ultrassonografias realizadas apresentaram resultados normais (BI-RADS 1). Em 2020, foi identificada uma lesão eczematosa no mamilo e na aréola esquerdos, classificada como BI-RADS 2. Em 2022, foi realizada quadrantectomia para remoção da lesão, e o exame histopatológico confirmou o diagnóstico de tumor siringomatoso, com margens cirúrgicas comprometidas, o que motivou uma segunda intervenção cirúrgica, resultando em margens livres. No pós-operatório, a paciente apresentou necrose local seguida de cicatrização adequada. Posteriormente, uma ressonância magnética evidenciou um linfonodo de 7 mm (BI-RADS 2), interpretado como reacional. A paciente permaneceu sem complicações e foi programada para acompanhamento anual com ultrassonografia e mamografia.

O diagnóstico de tumor siringomatoso é raro. Trata-se de um tumor benigno das glândulas écrinas, localmente infiltrativo, sem potencial metastático e geralmente associado a prognóstico favorável. Entretanto, é necessário elevado grau de suspeição clínica para evitar tratamentos excessivos, uma vez que sua diferenciação em relação às neoplasias malignas pode ser difícil nos exames de imagem [6–9]. Além disso, o tumor é frequentemente interpretado de forma equivocada mesmo na avaliação anatomopatológica, podendo ser confundido com carcinoma em biópsias por congelamento ou em punções aspirativas por agulha fina.

A literatura confirma que o tumor siringomatoso representa um desafio diagnóstico para os métodos convencionais de imagem [10,11]. O padrão de crescimento infiltrativo do SyT é caracteristicamente superficial, restrito à derme do mamilo e capaz de infiltrar a musculatura lisa da aréola, raramente se estendendo à derme profunda [12]. Essa arquitetura infiltrativa superficial não produz os achados radiológicos clássicos de malignidade, como margens espiculadas, distorção arquitetural profunda ou vascularização anômala ao Doppler, resultando em classificações BI-RADS benignas repetidas, mesmo diante de lesão clinicamente evidente [10,11].

As classificações BI-RADS 1 e 2 atribuídas à paciente ao longo de vários anos, apesar da persistência e progressão da lesão, refletem as limitações intrínsecas dos métodos de imagem para a detecção de tumores anexiais superficiais do complexo aréolo-mamilar. Embora a ultrassonografia seja o método de escolha para avaliação de lesões mamilares, ela frequentemente subestima a real extensão de lesões infiltrativas superficiais, como o tumor siringomatoso [10]. A ressonância magnética mamária tem sido descrita como um método superior para avaliação do acometimento do complexo aréolo-mamilar; contudo, não foi realizada no período pré-operatório deste caso [10]. Essa dificuldade diagnóstica, associada às limitações metodológicas das biópsias fragmentadas para esse subtipo histológico específico, contribuiu para o atraso na realização da biópsia excisional, em decorrência da combinação de fatores como acesso limitado à assistência especializada, progressão clínica lenta e inicialmente pouco sintomática, além de exames de imagem repetidamente classificados como benignos.

O tumor siringomatoso apresenta infiltração estromal e túbulos característicos em forma de lágrima ou vírgula. Na imuno-histoquímica, geralmente demonstra positividade para p63 e actina de músculo liso (SMA) [13]. Seu principal diagnóstico diferencial é o carcinoma adenoescamoso de baixo grau (LGASC), distinção considerada um dos desafios mais complexos da patologia mamária, uma vez que ambas as entidades compartilham características morfológicas e imuno-histoquímicas significativamente sobrepostas, podendo ser praticamente indistinguíveis ao exame microscópico [2,14]. No presente caso, os achados que permitiram excluir malignidade e confirmar o diagnóstico de SyT

incluíram: localização anatômica superficial restrita ao complexo aréolo-mamilar, arquitetura histológica característica e ausência de características sugestivas de LGASC, como infiltração profunda do parênquima mamário, reação estromal desmoplásica em faixa ao redor das glândulas neoplásicas e agregados linfocitários periféricos [2,12,14].

A apresentação clínica do tumor siringomatoso é variável. Os casos descritos na literatura envolvem predominantemente mulheres com idade entre 11 e 83 anos (média de 40 anos), apresentando, na maioria das vezes, sintomas unilaterais, como massa mamilar densa, aumentada de volume, dolorosa ou indolor, sem redução à compressão manual. Outros sintomas incluem prurido, secreção, crostas e nódulos [6–9]. Comorbidades tireoidianas, como bócio multinodular, bem como síndrome do intestino irritável e transtornos de ansiedade, também já foram relatadas [6].

O tamanho tumoral pode variar de 0,75 a 7 cm, sem relação direta com os desfechos após o tratamento. O manejo é cirúrgico, preferencialmente por excisão local ou completa, sendo fundamental a obtenção de margens livres para prevenir recorrências [6,8]. Quando a remoção completa é alcançada e as margens são negativas, geralmente não são observadas recorrências durante períodos de seguimento de até seis anos [13]. O conhecimento dessa entidade é essencial para evitar atrasos diagnósticos e tratamentos excessivamente agressivos, como mastectomias, amplas ressecções locais ou biópsias linfonodais desnecessárias. O principal diagnóstico diferencial permanece o carcinoma adenoescamoso de baixo grau, e o seguimento desses pacientes pode, em geral, ser realizado por meio de acompanhamento clínico periódico [6,7,9,13].

#### 4. Conclusão

O tumor siringomatoso da mama, embora raro, representa um importante desafio diagnóstico, principalmente em razão de sua semelhança clínica e histológica com lesões mamárias malignas, especialmente o carcinoma adenoescamoso de baixo grau. O caso relatado destaca a importância do diagnóstico preciso e da excisão completa com margens cirúrgicas livres para prevenir recorrências, bem como da consideração precoce da biópsia excisional, independentemente da classificação BI-RADS, diante de lesões persistentes do complexo aréolo-mamilar que apresentem discordância entre os achados clínicos e radiológicos. A paciente, com histórico familiar de câncer de mama e nuligesta, apresentou lesão eczematosa no mamilo esquerdo inicialmente interpretada como benigna. Entretanto, a evolução clínica e os achados histopatológicos subsequentes confirmaram a presença de um tumor siringomatoso.

Este caso reforça a necessidade de conscientização entre cirurgiões, patologistas, mastologistas, radiologistas e dermatologistas acerca da existência do tumor siringomatoso, a fim de evitar diagnósticos equivocados e tratamentos excessivos, como mastectomias desnecessárias. A literatura demonstra que o prognóstico é geralmente favorável quando o tratamento é realizado de forma adequada. Contudo, devido à raridade dessa neoplasia, é fundamental que novos casos continuem sendo relatados e discutidos, contribuindo para o aprimoramento das estratégias diagnósticas e terapêuticas e garantindo o melhor manejo possível para esses pacientes.

**Financiamento:** Nenhum.

**Aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa:** Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), sob o parecer nº 6.779.725.

**Agradecimentos:** Nenhum.

**Conflitos de Interesse:** Nenhum.

#### Referência

1. Rosen PP. Siringomatous adenoma of the nipple. *Am J Surg Pathol.* 1983;7(8):739-45.

2. Zhang S, Wu J. Syringomatous tumor of the nipple in an adolescent female: a rare cutaneous adnexal neoplasm with distinct histopathologic features. *J Cutan Pathol*. 2025;52(12):759-64. doi:10.1111/cup.14865.
3. Chang CK, Jacobs IA, Calilao G, Salti GI. Infiltrating syringomatous adenoma of the breast. *Arch Pathol Lab Med*. 2003;127(4):e155-6.
4. Coulthard A, Liston J, Young JR. Infiltrating syringomatous adenoma of the breast: mammographic and ultrasonographic features. *Clin Radiol*. 1993;47(1):62-4. doi:10.1016/S0009-9260(05)81219-X.
5. Carter E, Dyess DL. Infiltrating syringomatous adenoma of the nipple: a case report and 20-year retrospective review. *Breast J*. 2004;10(5):443-7. doi:10.1111/j.1075-122X.2004.21518.x.
6. Favre NM, Sabih Q, L'Huillier JC, Takabe K, Cappuccino H. Syringomatous tumor of the nipple. *World J Oncol*. 2022;13(4):235-40. doi:10.14740/wjon1513.
7. Niakan S, Patino A, Jadhav N, Hadro J, Crisi GM, Mason H. Syringomatous adenoma of the nipple with microcalcifications on mammography: a case report. *Breast J*. 2021;27(2):170-2. doi:10.1111/tbj.14143.
8. Paramaguru R, Ramkumar S. Syringomatous adenoma of the nipple in a male breast: a case report with a brief review of literature and histomorphological approach to diagnosis. *Cureus*. 2021;13(11):e19586. doi:10.7759/cureus.19586.
9. Félix AVJ, Silva LV, Costa REAR, Soares MJAP, Sobrinho RFO, Silva MCA, et al. Syringomatous tumor of the nipple: a case report. *Pan Afr Med J*. 2024;48:1. doi:10.11604/pamj.2024.48.1.37845.
10. Niakan S, Patino A, Jadhav N, Hadro J, Crisi GM, Mason H. Syringomatous adenoma of the nipple with microcalcifications on mammography: a case report. *Breast J*. 2021;27(2):170-2. doi:10.1111/tbj.14143.
11. Guirguis MS, Arribas EM, Kapoor MM, Patel MM, Perez F, Nia ES, et al. Multimodality imaging of benign and malignant diseases of the nipple-areolar complex. *Radiographics*. 2024;44(4):e230113. doi:10.1148/rg.230113.
12. Quinn C, Maguire A, Rakha E. Pitfalls in breast pathology. *Histopathology*. 2023;82(1):140-61. doi:10.1111/his.14799.
13. Favre NM, Sabih Q, L'Huillier JC, Takabe K, Cappuccino H. Syringomatous tumor of the nipple. *World J Oncol*. 2022;13(4):235-40. doi:10.14740/wjon1513.
14. Lewis G, Fong N, Gjeorgjievski SG, Li X, Li Z, Wei S, et al. Low-grade adenosquamous carcinoma of the breast: a clinical, morphological and immunohistochemical analysis of 25 patients. *Histopathology*. 2023;83(2):252-63. doi:10.1111/his.14917.