Mexican Journal of Oncology
Gaceta Mexicana de Oncología

CASO CLÍNICO

Tumor siringomatoso del pezón: reporte de un caso

Jorge E. Méndez-Sánchez[1]* y *Jared M. Díaz-Quezada*[2]

[1]*Departamento de Cirugía Oncológica, Centro Médico Nacional del Bajío, Hospital de Especialidades No. 1, Instituto Mexicano del Seguro Social, León, Gto.;* [2]*Departamento de Cirugía Oncológica, Centro Médico Nacional Manuel Ávila Camacho, Hospital de Especialidades Puebla, Instituto Mexicano del Seguro Social, Puebla, Pue. México*

Resumen

El tumor siringomatoso de la mama es una neoplasia benigna que se origina en las glándulas sudoríparas de la mama y se caracteriza por una proliferación de células epiteliales y mioepiteliales. Presentamos el caso de una paciente con tumor siringomatoso del pezón, que se manifestó como un nódulo mamario doloroso. Se realizó biopsia, que confirmó el diagnóstico, por lo cual fue llevada a resección completa. El objetivo de este caso es saber que el tumor siringomatoso representa un desafío diagnóstico y terapéutico debido a su rareza y similitud con otros tumores mamarios, por lo que un enfoque multidisciplinario es esencial.

Palabras clave: *Tumor siringomatoso. Tumor benigno. Pezón. Reporte de caso.*

Syringomatous tumor of the nipple: case report

Abstract

Syringomatous breast tumors are benign neoplasms originating in the sweat glands of the breast, characterized by a proliferation of epithelial and myoepithelial cells. We present the case of a patient with a syringomatous tumor of the nipple, which manifested as a painful breast nodule. A biopsy confirmed the diagnosis, and the patient underwent complete resection. The objective of this case is to highlight that syringomatous tumors present a diagnostic and therapeutic challenge due to their rarity and similarity to other breast tumors, making a multidisciplinary approach essential.

Keywords: *Syringomatous tumor. Benign tumor. Nipple. Case report.*

***Correspondencia:**
Jorge E. Méndez-Sánchez
E-mail: jorgemedicina31@gmail.com

Fecha de recepción: 22-10-2025
Fecha de aceptación: 30-11-2025
DOI: 10.24875/j.gamo.25000121

Disponible en internet: 22-07-2026
Gac Mex Oncol. 2026;25(Supl 1):56-59
www.gamo-smeo.com

2565-005X/© 2025 Sociedad Mexicana de Oncología. Publicado por Permanyer. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Introducción

El tumor siringomatoso del pezón es una neoplasia benigna, poco frecuente, de las glándulas sudoríparas que se origina en la dermis de la areola o el pezón[1]. Debido a su naturaleza infiltrativa y crecimiento local, puede confundirse con un carcinoma invasivo, ya que puede presentarse como una lesión retroareolar con hallazgos clínicos, mamográficos y ecográficos sospechosos de malignidad, lo que a menudo lleva a tratamientos radicales[2].

Pueden manifestarse como un nódulo subareolar unilateral o bilateral con síntomas como dolor, edema, agrandamiento del pezón y secreción. A pesar de la infiltración local, no hay evidencia de metástasis regionales ni a distancia[3,4].

La escisión local completa parece ser un tratamiento adecuado, y solo los casos con escisión incompleta presentan recurrencia[5]. Debido a esto, es de suma importancia conocer esta entidad, ya que por sus características histopatológicas los diagnósticos diferenciales son amplios y se puede confundir principalmente con carcinoma ductal infiltrante de la mama o enfermedad de Paget[5]. El diagnóstico y tratamiento oportunos son fundamentales para evitar sobretratamientos en los pacientes, reducir la morbilidad asociada a esta neoplasia, mejorar la sobrevida y el periodo libre de recurrencia en los pacientes[5].

Presentación del caso clínico

Paciente de sexo femenino de 54 años, originaria y residente de Puebla, de ocupación ama de casa, con antecedentes personales patológicos de diabetes *mellitus* tipo 2 en tratamiento con metformina, 1 tableta vía oral cada 8 horas. Cirugías previas: salpingoclasia hace 27 años. Alergias negadas, niega otros antecedentes de importancia. Como antecedentes oncológicos: madre con cáncer de colon, así como prima finada por cáncer de mama.

Comienza su padecimiento en julio del 2025, al acudir a realización de mastografía anual, donde detectan nódulo mamario BI-RADS 4, motivo por el cual la paciente decide realización de toma de biopsia por medio externo con reporte de malignidad (biopsia percutánea de mama izquierda con presencia de carcinoma ductal infiltrante grado 1, linfocitos infiltrantes de tumor < 5%), por lo que acude a su unidad de medicina familiar (UMF) y envían valoración por oncología quirúrgica al Instituto Mexicano del Seguro Social.

A la exploración física con presencia de nódulo en mama izquierda retroareolar mal delimitado, con retracción del pezón, sin salida de secreción a través de este.

Estudios de imagen: mastografía de UMF 42 que reporta mama izquierda localización retroareolar con presencia de imagen estelar espiculada con distorsión en la arquitectura, asociada a calcificaciones puntiformes (Fig. 1).

Se realiza revisión de laminillas en agosto del 2025, descartando malignidad, con reporte de fibroadenoma complejo.

Se propone intervención quirúrgica con realización de resección amplia, encontrando tumor de mama izquierda retroareolar de 1 × 0.5 cm indurado mal definido, adherido a complejo areola-pezón sin presentar eventualidades durante la intervención.

Posteriormente valorada en la consulta de seguimiento con reporte de patología: tumor siringomatoso del pezón, p63 +, células mioepiteliales calponina +, presencia de cuerpos córneos con áreas de diferenciación escamosa, RE + 10%, RP - Her/Neu no valorables, KI67 < 1% (Fig. 2).

Respecto a nuestra paciente, se clasificó como una EP I (T1N0M0), se ha mantenido al momento con adecuada evolución, sin requerir ninguna intervención adicional y la paciente se mantiene en seguimiento. En la consulta la paciente se encuentra asintomática, con adecuada tolerancia al tratamiento establecido, satisfecha con la atención otorgada y con entendimiento óptimo de su enfermedad.

Discusión

El tumor siringomatoso es una entidad poco común, y puede ser desafiante establecer un diagnóstico debido a su presentación clínica. Se presenta típicamente como un tumor firme y solitario en la región del pezón, y puede presentarse dentro del parénquima mamario. Puede ser clínicamente asintomático, sensible y doloroso a la palpación, o presentarse con ulceración[6]. Su tamaño varía de 1 a 3 cm de diámetro y la edad promedio de presentación es de 40 años, como en el caso de nuestra paciente, con un rango de edad de 11 a 76 años según lo reportado en los ensayos de Carter[7].

Debido a su rareza y comportamiento biológico, el tumor siringomatoso se puede confundir con un cáncer invasor de la mama hasta en un 40%, con sobretratamientos en los pacientes, por lo que es fundamental en primera instancia lograr realizar un diagnóstico

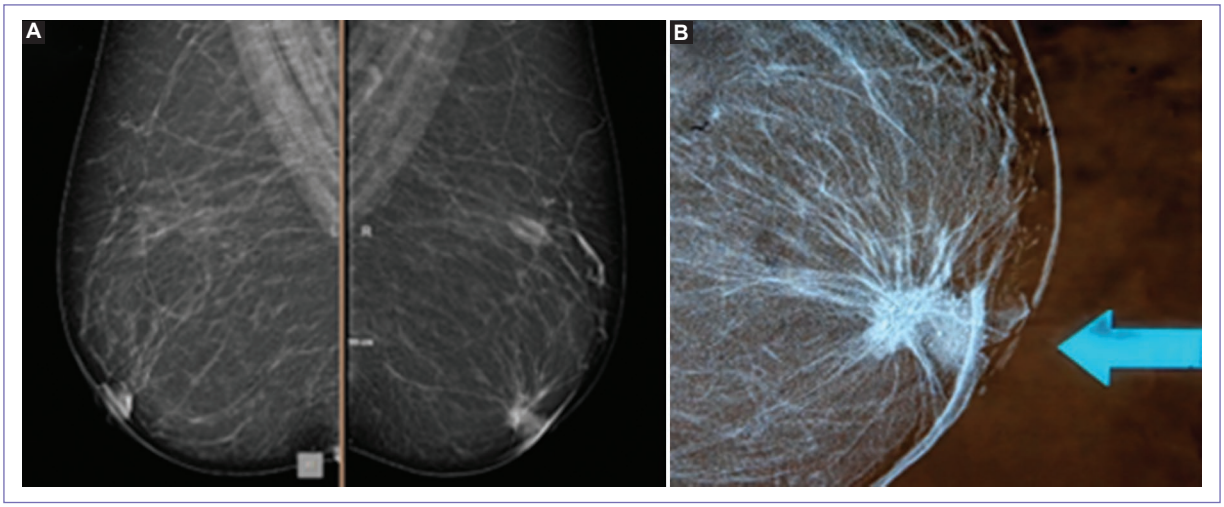


Figura 1. Mamografía bilateral. **A:** visión media lateral oblicua bilateral donde se observa en mama izquierda tumor retroareolar con apariencia estelar y espiculada con distorsión en la arquitectura, asociada a calcificaciones puntiformes y retracción del pezón. **B:** visión media lateral oblicua izquierda con presencia de retracción del pezón, así como lesión espiculada con calcificaciones con mayor aumento.

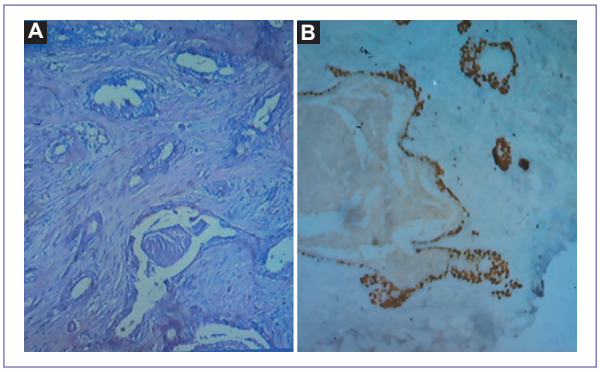


Figura 2. Microscopia representativa de tumor mamario. **A:** microscopia inicial, donde se observan áreas con diferenciación escamosa con presencia de cuerpos córneos, así como doble población celular tanto mioepitelial como epitelial. **B:** microscopia inicial con presencia de núcleos redondos con cromatina fina y nucleolos ocasionales.

preciso, así como lograr márgenes negativos[8]. Ensayos clínicos como el de Gutjahr han demostrado su tendencia a la recurrencia si no se logra su correcta resección, con tasas reportadas de hasta un 30% a 5 años[9]. Por lo que el tratamiento consiste en realizar resección amplia, ya que se aumenta de forma considerable el periodo libre de recurrencia en etapas tempranas de la enfermedad, con registros de recurrencia a 5 años de menos del 1%[9]. La mayor fortaleza es lograr una resección completa con márgenes negativos, ya que se aumenta el periodo libre de recurrencia[10].

Al reportar nuestro caso, reforzamos la importancia de entender que el comportamiento de este tipo tumor benigno cuenta con características tanto clínicas como imagenológicas que hacen confundir el diagnostico con cáncer de mama invasor, por lo que la detección oportuna, así como un tratamiento multidisciplinario, son la piedra angular.

Agradecimientos

Un especial agradecimiento al Instituto Mexicano del Seguro Social, UMAE T1 y HES Puebla.

Financiamiento

La presente investigación no ha recibido ninguna beca específica de agencias de los sectores públicos, comercial o con ánimo de lucro.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Consideraciones éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad, consentimiento informado y aprobación ética. Los autores han seguido los protocolos de su centro sanitario/institución para acceder a los datos de las historias clínicas. Se ha obtenido el consentimiento informado de los pacientes y se cuenta con la aprobación del Comité de Ética. Se han seguido las recomendaciones de las guías SAGER.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial. Los autores declaran que no se utilizó algún tipo de inteligencia artificial generativa para la redacción ni la creación de contenido de este manuscrito.

Referencias

1. Gutjahr E, Streng A, Aulmann S, Flechtenmacher C, Toberer F, Heil J, et al. Pathologie der Mamillenregio. Der Pathologe. 2020;41:515-22.
2. Ishikawa S, Sako H, Masuda K, Tanaka T, Akioka K, Yamamoto Y, et al. Syringomatous adenoma of the nipple: a case report. J Med Case Rep. 2005;9:256.
3. 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.
4. Mrklić I, Bezić J, Pogorelić Z, Ilić N, Tadić T, Buljević V, et al. Synchronous bilateral infiltrating syringomatous adenoma of the breast. Scott Med J. 2012;57(2):121.
5. Chang CK, Jacobs IA, Calilao G, Salti GI. Metastatic infiltrating syringomatous adenoma of the breast. Arch Pathol Lab Med. 2003;127:155-6.
6. Oo KZ, Xiao PQ. Infiltrating syringomatous adenoma of the nipple: clinical presentation and literature review. Arch Pathol Lab Med. 2009;133:1487-9.
7. Di Bonito M, Canile M, Collina F, D'Aiuto M, Liguori G, Cecio R, et al, Adenoma of the nipple: a clinicopathological report of 13 cases. Oncol Lett. 2014;7:1839-42.
8. Kijama Y, Matsukita S, Yoshinaka H, Owaki T, Aikou T. Adenoma of the nipple: report of a case. Breast Cancer. 2006;13:95-99.
9. Abbas A, Zaher A, Arini A, Chaudhry I. Adenoma of the nipple, mimic king Paget's disease of the breast: report of a case. Adv Breast Cancer Res. 2014;3:96-9.
10. AlSharif S, Tremblay F, Omeroglu A, Altinel G, Sun S, Mesurolle B, et al. Infiltrating syringomatous adenoma of the nipple: sonographic and mammographic features with pathologic correlation. J Clin Ultrasound. 2014;42(7):427-9.