

Aline Reis Teixeira Macêdo

Graduada em Odontologia pela FO/UVA

Bruno Teixeira Gonçalves Rodrigues

Graduando em Odontologia pela FO/UERJ

Nathália de Almeida Freire

Mestre em Patologia/UFF.

Professora do curso de especialização em Estomatologia da São Leopoldo Mandic/Rio de Janeiro.

Mônica Simões Israel

Doutora em Patologia/UFF. Professora Adjunta de Estomatologia FO/UERJ.

Coordenadora do curso de Especialização em Estomatologia da SLM/RJ.

Autor para correspondência: Mônica Simões Israel - monicasisrael@yahoo.com.br

Boulevard 28 de setembro, 157, Faculdade de Odontologia/UERJ, quarto andar, clínica D

RESUMO

O Siringoma Condroides (SC) consiste em uma neoplasia benigna rara, também denominado tumor misto de pele, devido à presença de componentes epiteliais, mesenquimais e elementos de glândulas sudoríparas. Frequentemente é encontrado na região de cabeça e pescoço, principalmente no nariz, na região geniana e no lábio superior. O objetivo deste trabalho foi realizar uma revisão de literatura sobre o Siringoma Condroides. A busca bibliográfica foi realizada em julho de 2018, utilizando os sites de busca "PubMed" em "Google Acadêmico". As palavras chaves utilizadas foram "Chondroid Syringoma", "Oral Chondroid Syringoma" e "Siringoma Condroides", sendo encontrados 3.070 artigos. Foram selecionados 106 artigos por títulos. Além destes, foram selecionados também três artigos independente da data, devido a sua relevância científica. A partir disso, foram utilizados os 28 artigos mais recentes e/ou relevantes, no que se refere à definição, diagnóstico e tratamento do Siringoma Condroides. Portanto, foi possível constatar que: o Siringoma Condroides apresenta-se como uma lesão nodular única, bem delimitada, de crescimento lento e assintomático; O diagnóstico definitivo de tal lesão deve ser obtido por meio de exame histopatológico e o seu tratamento consiste na excisão cirúrgica. Concluindo, o Siringoma Condroides é um tumor raro, cuja localização anatômica mais atingida é a região de cabeça e pescoço, podendo eventualmente ocorrer na boca, na maior parte das vezes em lábio superior. Embora seja raro, transformações malignas do Siringoma Condroides já foram relatadas na literatura.

Palavras-Chave: Patologia Bucal. Neoplasias. Siringoma

ABSTRACT

Chondroid Syringoma (CS) is a rare benign mixed skin neoplasm composed of epithelial and mesenchymal components. This tumor is frequently found in the head and neck area, especially in the nose, genian region and upper lip. Therefore, the objective of this study was to present a literature review about the Chondroid Syringoma. The bibliographic search was performed in July 2018, using the search platforms "PubMed" and "Google Scholar", using the following keywords: "Chondroid Syringoma" and "Oral Chondroid Syringoma", resulting in 3070 articles being found, even though only 106 articles were selected by titles. Besides these, three other articles were also selected independently of the date due to their scientific relevance. From this sample, 28 articles were selected - those most recent and/or relevant - regarding the definition, diagnosis and treatment of Chondroid Syringoma. Therefore, it was observed that: the CS clinically presents as slow-growing, asymptomatic, solitary and painless nodule; Its diagnosis is established after excisional biopsy and microscopic examination and the treatment of choice is its complete excision. Thus, the Chondroid Syringoma is a rare benign tumor, frequently found in the head and neck region. It may occur in the mouth, often affecting the upper lip. Although rare, its malignant transformation has been described in the literature.

Keywords: Oral, Pathology. Neoplasms. Syringoma

INTRODUÇÃO

O Siringoma Condroide (SC), também conhecido como tumor misto cutâneo, é um tumor raro dos anexos cutâneos, composto de elementos epiteliais e mesenquimais. O SC é um tumor benigno, embora haja uma contraparte maligna rara. A denominação SC se deve à presença de glândulas sudoríparas envoltas por matriz cartilaginosa (YANG, TEBCHERANI, ROSSOE, 2015).

Este tumor está usualmente localizado na região de cabeça e pescoço, tendo predileção pelo couro cabeludo, testa, bochecha nariz ou lábio superior. Casos eventuais foram relatados em lábio, ainda que essa região anatômica seja considerada uma área de transição entre a pele e a boca (PARASKEVOPOULOS et al, 2014).

É mais recorrente em pacientes com idade variando entre 20 e 60 anos e apresenta uma distinta predominância pelo gênero masculino. A sua incidência é inferior a 0,01% dos tumores de pele (CARRANZA et al, 2012; NARASIMBA et al, 2013).

Clinicamente o SC apresenta-se como uma lesão nodular única, bem delimitada, cutânea ou intradérmica, de crescimento lento e assintomático (BLOIS, MULLER, TREVISAN, 2013), na maior parte das vezes com tamanho variando entre 0,5 a 3 cm (HERNÁNDEZ, FRANCO, TRAVITAS, 2009).

Na avaliação histopatológica observam-se tumores bem circunscritos, que se localizam no nível da derme, e apresentam um componente epitelial imerso em um estroma fibroso, mixóide e condroide (CARRANZA et al, 2014). São conhecidos dois tipos de SC: um com cavidades tubulares e císticas bastante ramificadas (tipo mais comum), e outro com cavidades tubulares pequenas (AVEDAÑO, GARCÍA, OJEDA, 2014).

Devido ao seu aspecto clínico inespecífico, o SC se assemelha a outras lesões cutâneas, como os cistos epidermóides e sebáceos e ao neurofibroma cutâneo (YANG, TEBCHERANI, ROSSOE, 2015; BLOIS, MULLER, TREVISAN, 2013). Histologicamente este tumor pode ser feito diagnóstico diferencial principalmente com o adenoma pleomórfico, que é originado da glândula salivar (PARASKEVOPOULOS et al, 2014).

O diagnóstico é realizado sempre por análise microscópica, podendo ser associada ou não a estudo imuno-histoquímico. O tratamento desta lesão consiste na sua remoção total, a sua recorrência não é comum, mas sugere-se acompanhamento do paciente (BLOIS, MULLER, TREVISAN, 2013).

O objetivo deste trabalho é realizar uma revisão de literatura sobre o Siringoma Condroide.

METODOLOGIA

A busca bibliográfica foi realizada em julho de 2018, utilizando os sites de busca "PubMed" em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/> e "Google Acadêmico" em <https://scholar.google.com.br>. As palavras chaves utilizadas foram "Chondroid Syringoma", "Oral Chondroid Syringoma" e "Siringoma Condroide", sendo encontrados 3.070 artigos.

Como primeira seleção desses artigos, foram utilizados como critérios de inclusão: publicações realizadas nos últimos 10 anos, que no título indicasse ser revisão de literatura e que estivessem nos idiomas inglês, espanhol ou português. Foram usados como critério de exclusão: artigos publicados há mais de 10 anos e artigos que fossem em outro idioma além dos previamente citados. Após utilização desses critérios, foram selecionados 106 artigos por títulos. Além desses, foram selecionados três artigos independente da data, devido à sua relevância científica.

A partir disso foram utilizados os 28 artigos mais recentes e/ou relevantes, no que se refere à definição, diagnóstico e tratamento do Siringoma Condroide.

REVISÃO DE LITERATURA

O SC, ou tumor misto de pele, consiste em uma entidade clínica rara; uma neoplasia benigna que tem como origem a glândula sudorípara (PARASKEVOPOULOS et al, 2014).

Nesta lesão há a presença de componentes epiteliais (estruturas glandulares com diferenciação écrina, apócrina ou ambas) e mesenquimais (tecido com diferenciação mixóide, condroide, adiposo ou fibroso). Uma transformação maligna é muito improvável (BEDIR et al, 2014).

O componente epitelial é constituído por glândulas que histologicamente podem ser de dois tipos: apócrinas, tipo mais comum, constituídas de glândulas tubulares císticas, focalmente conectadas e franjas com assento duplo de células cúbicas ou achatadas; e écrinas, caracterizadas por luz estreita e glândulas emolduradas por camada celular única (YANG, TEBCHERANI, ROSSOE, 2015).

A presença de glândulas sudoríparas envoltas por matriz cartilaginosa, levou à denominação SC. O SC foi descrito pela primeira vez, por Billorth em 1859, enquanto pesquisava tumores de glândula salivar. Billorth descreveu o SC como um tumor misto de pele, devido a sua semelhança histopatológica com os tumores mistos da glândula salivar. Mas foi em 1961, que Hirsh e Elson introduziram formalmente o termo SC para referir-se ao tumor, devido a sua origem em glândulas sudoríparas (YANG, TEBCHERANI, ROSSOE, 2015; BLOIS, MULLER, TREVISAN, 2013; TURAL et al, 2013; SÁNCHEZ et al, 2016).

O SC é mais frequentemente encontrado na região de cabeça e pescoço, acometendo mais frequentemente áreas como couro cabeludo, região geniana, nariz, bochecha, testa e lábio superior. Em menor frequência é encontrado em membros superiores, inferiores e tronco, com aparição inferior a 10% em cada um desses (PARASKEVOPOULOS et al, 2014; AVEDAÑO, GARCÍA, OJEDA, 2014), sendo encontrados nas extremidades dos membros, no abdômen, na axila e na região da virilha (ROGALSKI et al, 2018). Entre os tumores cutâneos primários, a sua taxa de incidência é de 0,01% a 0,098% (BLOIS, MULLER, TREVISAN, 2013).

O SC tem predileção por homens adultos (MIN et al, 2016), afetando desde pacientes de meia-idade a idosos com uma razão de acometimento homem-mulher de 2:1 (TURAL et al, 2013).

Em 1961, Hirsh e Elson propuseram cinco critérios para o diagnóstico clínico que desde então são levados em conta para a avaliação do SC, são estes: 1) aumento de volume cutâneo ou subcutâneo de pequeno tamanho; 2) consistência sólida e crescimento lento, geralmente único; 3) ser coberto por pele de aparência normal; 4) pode ser multilobulado, 5) tem como localização mais frequente a região de cabeça e pescoço (SÁNCHEZ et al, 2016). As características clínicas do SC não são patognômicas (TRANTAFYLLOU, RAPIDIS, 1986). O SC se manifesta como uma neoformação intradérmica ou subcutânea de aproximadamente 0,5 a 3,0 cm de diâmetro, coberta por pele de aspecto normal ou ligeiramente eritematosa, que às vezes pode ulcerar. Possui bordas bem definidas, móvel, consistência firme, cuja superfície pode ser lobulada. É assintomático e seu crescimento é lento (ACAR et al, 2010).

No estudo realizado por Torres S. et al., dos 37 casos de SC relatados, 65% correspondiam a lesões menores que 1,0 cm, a maior lesão média 4,0 cm, 78% das lesões eram da cor da pele, 70% foram definidas como exoftica e 30% como subcutânea (HERNÁNDEZ, FRANCO, TRAVITAS, 2009). Uma coloração incomum, como marrom escuro, deve-se à um depósito abundante de hemossiderina nos espaços císticos ao redor da massa tumoral (TRANTAFYLLOU, RAPIDIS, 1986).

As manifestações clínicas do SC são similares à muitas lesões nodulares benignas de cabeça e pescoço, sendo consideradas inespecíficas. O SC usualmente não é clinicamente indistinguível, e não apresenta características clínicas de tumor (SÁNCHEZ et al, 2016; MARE et al, 2014; BEDIR et al, 2014).

O lábio superior é a terceira localização anatômica mais comum para o desenvolvimento do SC após o nariz e a pele da bochecha. Em dois estudos, consistindo de 134 e 188 casos de SC, o tumor foi encontrado no lábio superior em 12% dos casos (16 e 22 casos, respectivamente) (TRIANATAYLLOU, RAPIDIS, 1986; HIRSCH, HELWIG, 1961; HEADINGTON, ARBOR, 1961).

Histopatologicamente, o SC é caracterizado por componentes epiteliais e mesenquimais. O componente mesenquimal pode evidenciar características cartilaginosas, osteóides, adiposas, mixóides e fibrosas, e incluir aglomerados de células epiteliais com variável diferenciação glandular. O componente epitelial contém glândulas sudoríparas écrinas e apócrinas (PICARD et al, 2018).

Hirsh e Helwing, em 1961, estabeleceram cinco critérios histopatológicos para o diagnóstico do SC: 1) ninhos de células cúbicas ou poligonais 2) estruturas tubuloalveolares intercomunicantes revestidas por duas ou mais linhas de células cúbicas 3) estruturas ductais constituídas por uma ou duas fileiras de células cuboidais; 4) ocasionais cistos queratinizados com tamanhos variados; 5) matriz de composição variável (YANG, TEBCHERANI, ROSSOE, 2015; PARASKEVOPOULOS et al, 2014; AVEDAÑO, GARCÍA, OJEDA, 2014).

Em relação à diferenciação entre os tipos écrino e apócrino, Headington faz as seguintes distinções: 1) no tipo écrino, predominam as luzes tubulares. As estruturas glandulares são de tamanhos similares entre si, e são formadas por uma camada de células cuboidais e uma pequena luz no centro; 2) o tipo apócrino, tipo mais comum, possui luzes tubulares e císticas e o componente epitelial é mais complexo. Observam-se estruturas tubulares alongadas, em geral anastomosadas, assim como uniões sólidas de células epiteliais. As células epiteliais se dispõem em duas ou mais camadas (YANG, TEBCHERANI, ROSSOE, 2015; ACAR et al, 2010; HIRSCH, HELWING, 1961).

Embora o estudo imuno-histoquímico seja dispensável para o diagnóstico devido à característica de dupla população da lesão (estruturas glandulares e componentes cartilaginosos), trabalhos relatam a expressão de citoqueratinas (CK), antígeno de membrana epitelial (EMA), antígeno carcinoembrionário (CEA) presentes nas estruturas glandulares e vimentina, proteína S-100, enolase neurônio-específica (NSE), e em alguns casos, proteína ácida fibrilar glial (GFAP), no componente cartilaginoso (YANG, TEBCHERANI, ROSSOE, 2015).

O SC usualmente não é clinicamente indistinguível de outras lesões e o seu diagnóstico depende da biópsia e avaliação histopatológica (PARK, KANG, CHOI, 2017).

As manifestações clínicas do SC são similares a muitas lesões nodulares benignas da cabeça e pescoço (SÁNCHEZ et al, 2016).

O SC faz diagnóstico diferencial clínico com: cistos epidérmicos, nevos amelanóticos, cistos sebáceos, cistos dermóides, schwannomas, neurofibromas e carcinomas basocelulares (YANG, TEBCHERANI, ROSSOE, 2015; SHIDLINGAPPA et al, 2018).

Histologicamente o principal diagnóstico diferencial é o adenoma pleomórfico (AP). O SC e o AP se assemelham tanto na histologia quanto na citologia, entretanto o AP surge das glândulas salivares e o SC das glândulas sudoríparas (DUBB, MICHELOW, 2010).

Um parâmetro que pode contribuir para a exclusão do AP como diagnóstico diferencial é a avaliação imunohistoquímica do SC, que pode exibir focos positivos para a proteína S-100, que sugere diferenciação écrina e apócrina, que são tipos de glândulas sudoríparas (AVEDAÑO, GARCÍA, OJEDA, 2014).

O tratamento para o SC consiste na excisão cirúrgica. Uma excisão total com margem de segurança parece ser uma forma prudente de se minimizar a chance de recidiva. A cirurgia é muitas vezes fácil devido à boa delimitação da lesão por uma cápsula (DUBB, MICHELOW, 2010; BEDIR et al, 2014; YANG, TEBCHERANI, ROSSOE, 2015). A ressecção incompleta pode resultar em recorrência, inclusive na forma do correspondente maligno (KOSE, OKUR, 2009).

A recorrência do SC não é comum, se o tumor for completamente removido. O acompanhamento a longo prazo é indicado para casos onde a excisão tenha sido incompleta (BLOIS, MULLER, TREVISAN, 2013; PARASKEVOPOULOS et al, 2014).

DISCUSSÃO

O Tumor Misto de Pele ou SC é um tumor cutâneo raro, descrito pela primeira vez por Billorth em 1959, enquanto pesquisava tumores de glândula salivar. Mas foram Hirsch e Helwing em 1961 que deram a nomenclatura SC pela presença de elementos glandulares encontrados em um estroma cartilaginoso (YANG, TEBCHERANI, ROSSOE, 2015; BLOIS, MULLER, TREVISAN, 2013; SÁNCHEZ et al, 2016).

Quanto à incidência, o SC corresponde a aproximadamente 0,01% dos tumores de pele, sendo mais comum em pacientes do gênero masculino de meia idade. Embora seja mais comum no gênero masculino, autores como Carranza et al., Walls et al., Amin et al. e Hudson et al. relataram casos onde o SC ocorre em pacientes do gênero feminino (CARRANZA et al, 2012; HUDSON, CRAVEN, WOJNO, 2016; AMIN, GORASHI, HABBAB, 2015; WALLS, DENG, GEIST, 2012).

Em um estudo retrospectivo e descritivo realizado por Torres S. et al. durante o período de 1980 a 2005, no Centro Dermatológico Dr. Ladislão de la Pásqua, o SC foi encontrado com uma incidência de 0,07% de um total de 48.826 biópsias de pele realizadas. Das 37 biópsias, onde o diagnóstico foi de SC, 21 pertenciam ao gênero masculino e a idade variou entre 31 anos e 40 anos. Tal estudo corrobora o que tem sido descrito na literatura em relação ao gênero e faixa etária (ACAR et al, 2010).

O SC acomete na maior parte das vezes a região de cabeça e pescoço (TRIANAFYLLOU, RAPIDIS, 1986; HUDSON, CRAVEN, WOJNO, 2016; AMIN, GORASHI, HABBAB, 2015), embora seja uma lesão com baixa incidência entre os tumores de pele. Na região de cabeça e pescoço, o lábio é o sítio anatômico mais afetado.

Em uma pesquisa realizada por Hirsch e Helwing (HIRSCH, HELWING, 1961), foram analisados 188 casos de SC, entre esses um total de 150 envolviam a região de cabeça e pescoço, o que corresponde a 79% de acometimento desta região. O lábio foi a terceira região mais acometida. A distribuição do SC se deu em ordem de frequência no nariz, onde foram relatados 37 casos, na região geniana com 34 casos, e no lábio superior, onde foram relatados 22 casos. Também foram descritos dois casos envolvendo o lábio inferior.

Clinicamente, o SC apresenta-se frequentemente como uma lesão nodular única, bem delimitada, de crescimento lento e assintomático. Esta lesão assemelha-se a lesões cutâneas diversas, pois não apresenta características clínicas particulares (YANG, TEBCHERANI, ROSSOE, 2015; BLOIS, MULLER, TREVISAN, 2013).

Quanto à presença do SC na boca, esta lesão já foi relatada em lábio. Sendo assim, ao se considerar o lábio como uma estrutura pertencente à boca, pode-se dizer então que o SC já foi relatado na boca. Entretanto, como o SC é uma lesão de origem cutânea, o mesmo não pode ser encontrado na cavidade oral.

Em relação aos seus aspectos histopatológicos, o SC possui diferenciação écrina ou apócrina, sendo a apócrina mais comum. Em um estudo realizado por Torres S. et al., foi descrito que em 18 casos (49%) o SC apresentou-se com diferenciação écrina, enquanto o tipo apócrino foi encontrado em 19 casos (51%). Em todas as biópsias realizadas, foram encontradas estruturas glandulares (ACAR et al, 2010).

Ainda sobre a diferenciação écrina e apócrina, no estudo realizado por Headington et al (HEADINGTON, ARBOR, 1961), avaliou-se 7 casos de SC, que foram separados em tipo écrino ou apócrino, onde suas características microscópicas foram delimitadas. Embora tenha-se constatado também a prevalência do tipo apócrino, nenhuma explicação razoável para este resultado pode ser oferecida.

Recep Bedir et al. descreveram uma variável rara do SC, onde havia formação óssea no mesmo. Nestes casos a matriz óssea se encontrava focal e escassa, e até o ano de 2014 apenas cinco casos desta variável haviam sido relatados na literatura. O mecanismo exato de formação óssea no SC é desconhecido. Acredita-se que ossificação nesses tumores indica o desenvolvimento da massa óssea a partir de células-tronco pluripotentes (BEDIR et al, 2014).

Quanto aos métodos diagnósticos, o mais comumente utilizado em casos de suspeita de SC, consiste na realização de biópsia associada ao exame histopatológico (TRANTAFYLLOU, RAPIDIS, 1986; MARE et al, 2014; HUDSON, CRAVEN, WOJNO, 2016). Entretanto, segundo Michelle Dubb et al. a citologia por aspiração com agulha fina (CAAF) é uma ferramenta diagnóstica bem estabelecida. Embora a citologia por aspiração não seja o exame realizado com maior frequência para o diagnóstico do SC, este exhibe critérios citológicos característicos idênticos aos do AP que permitem um diagnóstico definitivo (DUBB, MICHELOW, 2010). A CAAF pode ser usada em casos em que se suspeite de lesão maligna, servindo como alternativa à biópsia (AMIN, GORASHI, HABBAB, 2015).

Existe uma probabilidade rara do SC apresentar uma contraparte maligna. O Siringoma Condroides Maligno (SCM), ao contrário do benigno, é mais frequente em mulheres, com predomínio de 7:1 em relação aos homens. A sua ocorrência é mais comum nas extremidades e apenas em 20% dos casos, afeta a região de cabeça e pescoço. As lesões malignas geralmente são maiores do que 3 cm, e aparecem como nódulos cutâneos firmes, circunscritos e assimétricos. Podem progredir muito lentamente, com disseminação metastática tardia. O SCM pode sofrer metástase por disseminação linfática para os linfonodos regionais e por disseminação hematogênica para o pulmão, fígado, cérebro e ossos. O seu diagnóstico baseia-se no exame histopatológico (SÁNCHEZ et al, 2016; AMIN, GORASHI, HABBAB, 2015; GARCIA, ATUN, FERNANDO, 2016).

Ainda sobre o SCM, as características histopatológicas que indicam malignidade incluem atipia celular, pleomorfismo nuclear, aumento da atividade mitótica, áreas de necrose, margens infiltrativas, invasão em tecidos adjacentes, nódulos tumorais satélites e metástases. A remoção cirúrgica completa do tumor primário com margens amplas e a dissecação dos linfonodos comprometidos é a base do tratamento para a doença localizada, pois a sua remoção incompleta pode levar à recidivas. A radioterapia e a quimioterapia adjuvantes também podem ser recomendadas (TURAL et al, 2013; AMIN, GORASHI, HABBAB, 2015; GARCIA, ATUN, FERNANDO, 2016).

O tratamento de escolha do SC costuma ser a excisão completa da lesão, com margem de segurança, visando evitar a recidiva. Entretanto, outros tratamentos para esse tumor já foram propostos, incluindo a eletrodissecação, dermoabrasão, e vaporização com CO₂. Contudo, o tratamento de escolha costuma ser a excisão completa da desta lesão (PARK, KANG, CHOI, 2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

1. O SC é um tumor benigno raro, e que tem sua origem na glândula sudorípara. Encontram-se nesta lesão componentes epiteliais e mesenquimais.
2. A região anatômica mais acometida, é a região de cabeça e pescoço. Eventualmente o SC pode acometer a boca, sendo nesses casos mais frequentemente relatado em lábio superior.
3. Uma transformação maligna deste tumor é muito improvável.

REFERÊNCIAS

1. YANG, J. J. H.; TEBCHERANI, A. J.; ROSOUE, E. W. T. Siringoma Condróide benigno simulando carcinoma basocelular. *Surg Cosmet Dermatol*. 2015; 7(2): 180-183.
2. PARASKEVOPOULOS, K. et al. Chondroid Syringoma of the Medial Canthus. *Case Rep Otolaryngol*. 2014 Mar; 1-4.
3. CARRANZA, M. V. et al. Siringoma Condroide: Caso Clínico. *Rev Cent Dermatol Pascua*. 2012 Mai; 21(2): 74-77.
4. NARASIMBA, A. et al. Giant chondroid syringoma with divergent differentiation: Cyto-histo-immuno correlation. *Int J Appl Basic Med Res*. 2013 Dec 3(2); 129-131.
5. BLOIS, M. C.; MULLER, V. A.; TREVISAN, B. Siringoma Condroide: Relato de Caso. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac*. 2013 Dez; 13(4): 29-32.
6. HERNÁNDEZ, F. J.; FRANCO, G. N.; TRAVITAS, M. E. Caso Clínico: Siringoma Condroide. *Rev Cent Dermatol Pascua*. 2009 Ago; 18(2): 61-64.
7. AVEDAÑO, J. A. S.; GARCÍA, G. E. P.; OJEDA, O. M. A. Tumor mixto cutâneo o Siringoma Condroide: apresentação de um caso y revisión de la literatura. *Medicina UIS*. 2014 Ago; 46(2): 195-200.
8. BEDIR, R. et al. Chondroid Syringoma with Extensive Bone Formation: A Case Report and Review of Literature. *J Clin Diagn Res*. 2014 Out; 8(10): 15-17.
9. TURAL, D. et al. Facial Localization of Malignant Chondroid Syringoma: A Rare Case Report. *Case Rep Oncol Med*. 2013 Jan; 1-3.
10. SÁNCHEZ, L. R. et al. Siringoma condroide en el Labio Superior: Reporte de um Caso. *Revista ADM*. 2016, 73(2): 88-91.
11. ROGALSKI, B. et al. A Case Report of Chondroid Syringoma on the Nose in a Young Male of Middle Eastern Descent. *J Cutan Med Surg*. 2018; 1-3.
12. MIN, K. H. et al. Chondroid Syringoma on Face. *Arch Craniofac Surg*. 2016; 17(3)-173-175.
13. TRIANTAFYLLOU, A. G.; RAPIDIS, A. D. Chondroid Syringoma of the Upper Lip: Report a Case. *J Oral Maxillofac Surg*. 1986; 44: 744-748.
14. ACAR, M. R. et al. Siringoma Condroide. *Rev Cent Dermatol Pascua*. 2010 Ago; 19(2): 62-66.
15. MARE, G. et al. Chondroid Syringoma: Report of a Case with Uncommon Location. *J Med Diagn Meth*. 2014 Fev; 3(1) 153-154.
16. HIRSCH, P.; HELWISH, E. B. Chondroid Syringoma. *Arsch Dermatol*. 1961 Nov; 84: 177-189.
17. HEADINGTON, J. T.; ARBOR, B. Mixed Tumors of Skin: Eccrine and Apocrine Types. *Arsch Dermatol*. 1961 Dez; 84: 151-158.
18. PICARD, J. C. et al. Unusual cystic lesion of the eyebrow: A case report of malignant chondroid syringoma. *J Stomatol Oral Maxillof Surg*. 2018; 153-156.

19. PARK, S. H.; KANG, S. G.; CHOI, H. J. Chondroid Syringoma of the Cheek. *J Craniofac Surg*. 2017 Mar; 1-2.
20. DUBB, M.; MICHELOW, P. Cytologic Features of Chondroid Syringoma in Fine Needle Aspiration Biopsies. *ACTA Cytologica*. 2010 Abr; 54(2): 183-186.
21. KOSE, R.; OKUR, M. Giant Facial Chondroid Syringoma. *Dermatol Surg*. 2009 Fev; 35(2): 294-295.
22. HUDSON, L. E.; CRAVEN, C.M.; WOJNO, T. H. Giant Chondroid Syringoma of the Lower Eyelid. *Ophthalm Plast Reconstr Sur*. 2016; 1-2
23. AMIN, D.; GORASHI, A.; HABBAB, R. Case Report: Chondroid Syringoma of the Cheek. *Dental Science*. 2015 Mai; 159-163.
24. WALLS, A. C.; DENG, A.; GEIST, D. E. Micrographic Surgery for Recurrent Chondroid Syringoma of the Eyebrow. *Dermatol Surg*. 2012; 38: 800-802.
25. GARCIA, A. M.; ATUN, J. M.; FERNANDO, G. Multifocal, recurrent malignant chondroid syringoma with visceral metastases: A case report and literature review. *Cancer Ther Oncol Int J*. 2016; 4(1): 4119-4122
26. SHIDLINGAPPA, S. et al. Chondroid Syringoma of the Philtral Dimple. *J Cutan Aesthet Surg*. 2018 Ago; 8:242-244.
27. KAU, H. C.; TSAI, C. C. Giant chondroid syringoma of the eyelid. *Can J Ophthalmol*. 2014 Ago; 48(4): 63-64.
28. SULOCHANA, S.; MANOHARAN, M.; ANITHA. Chondroid Syringoma-An Unusual Presentation. *J Clin Diagn Res*. 2014 jul, 8(7): 13-14