



Tumor de Warthin

Carlos Ramírez-Alvarado,* Jorge Mora-Constantino,‡ Luis Gerardo Domínguez Carrillo§

Resumen

El tumor de Warthin o cistadenoma papilar linfomatoso fue reportado en 1929 por Warthin y es un tumor benigno de las glándulas salivales relativamente poco frecuente. La glándula afectada por este tumor es la parótida, y representa el 7% de la totalidad de los tumores de las glándulas salivales mayores, siendo en frecuencia el segundo tumor benigno de la glándula parótida. Se presenta principalmente en varones con una relación 5:1, en edades comprendidas entre la quinta y séptima década de la vida; su etiología es desconocida pero se ha demostrado asociación importante con tabaquismo. La manifestación clínica principal es la de una masa laterocervical de crecimiento lento, raramente dolorosa en el polo inferior de la glándula parótida. Al presentarse un paciente masculino de 52 años de edad en el que se realizó dicho diagnóstico, y siendo el primer caso en el Hospital Ángeles León, se elaboró la presente comunicación.

Palabras clave: Tumor de Warthin, glándula parótida.

Summary

Warthin tumor (papillary cystadenoma lymphomatosum) reported by Warthin since 1929, is rare and benign salivary gland tumor that occurs almost exclusively in the parotid gland. It represents 7% of all salivary gland tumors, and it is the second most common benign parotid neoplasm. Men are affected more often than women (relation 5:1), usually in the fifth to seventh decades of life, etiology is unknown, but it has a strong association with smoking. The most common clinical manifestation is a painless, slowly growing mass in the inferior pole of the superficial lobe of the parotid gland. We report the first case of a typical case of Warthin's tumor in male patient of 52 years old from Ángeles León hospital.

Key words: Warthin tumor, parotid gland.

INTRODUCCIÓN

El tumor de Warthin (TW) o cistadenoma papilar linfomatoso, descrito inicialmente por Hildebrand en 1895 y reportado por Warthin¹ en 1929, es un tumor benigno relativamente poco frecuente de las glándulas salivales;

la glándula más comúnmente afectada es la parótida en 84-95% de las veces. Este tumor representa el 7% de la totalidad de los tumores de las glándulas salivales mayores y el 10.5% de las neoplasias benignas. Es el segundo tumor en frecuencia de la glándula parótida, seguido por el adenoma pleomórfico; es bilateral en 5 a 14% de los casos y 2% de las veces es multifocal. Está descrita una incidencia similar entre hombres y mujeres de 1.6:1, pero algunos autores reportan dominancia del sexo masculino de 5:1.² Se presenta en edades comprendidas entre la quinta y séptima década de la vida; en 92% de los casos se localiza principalmente en el polo inferior de la glándula, de crecimiento lento, raramente doloroso. Su etiología es desconocida, pero se ha demostrado asociación importante con tabaquismo como factor predisponente. Al presentarse un paciente masculino en el que se realizó dicho diagnóstico, se elaboró la presente comunicación por ser el primer caso en la estadística del Hospital Ángeles León en sus primeros 10 años de servicio.

* Cirujano Oncólogo. Adscrito al Servicio de Oncología.

‡ Jefe del Departamento de Imagenología del Hospital Ángeles León.

§ Especialista en Medicina de Rehabilitación. Profesor de la Facultad de Medicina de León, Universidad de Guanajuato.

Correspondencia:

Dr. Luis Gerardo Domínguez Carrillo

Correo electrónico: lgdominguez@hotmail.com

Aceptado: 29-09-2014.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/actamedica>

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de un hombre de 52 años, con antecedentes de tabaquismo desde los 15 años (15-20 cigarrillos/día), sin otros antecedentes de importancia, quien al rasurarse encontró una masa localizada en la región parotídea derecha, por lo que acudió a valoración médica por Oncología, encontrando la exploración normal excepto por la presencia de masa de 2 cm de diámetro localizada en la región parotídea derecha, móvil sobre planos superficiales y de consistencia gomosa a la palpación. Por la localización y el antecedente de tabaquismo, se efectuó diagnóstico inicial de adenoma pleomórfico versus TW, para lo que se solicitó tomografía, en donde se halló el diagnóstico radiológico de una masa de 2 x 3 cm localizada en el polo inferior de la glándula parotídea, considerándose las mismas posibilidades diagnósticas (Figura 1). El paciente se sometió a extirpación del tumor, no presentando complicaciones tempranas, efectuándose diagnóstico histopatológico de TW; como complicación tardía presentó síndrome de Frey.

DISCUSIÓN

Los tumores de glándulas salivales son poco frecuentes, pues representan entre el 0.5 y 1% de todos los tumores. Constituyen el 3% de las neoplasias que afectan cabeza y cuello en los adultos y su incidencia oscila entre 0.4-3.5 casos/100,000 personas/año. En México, en un estudio retrospectivo en un centro de diagnóstico histopatológico universitario efectuado de 1979 a 2012, de 9,725 biop-

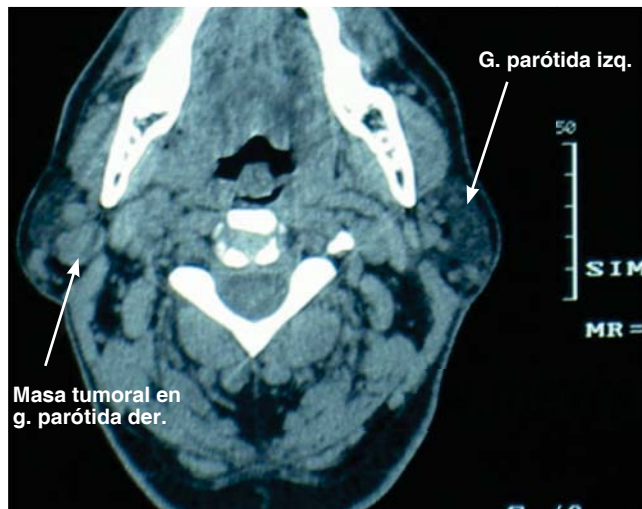


Figura 1. Tomografía axial computarizada, en donde se observan ambas glándulas parotídeas: la derecha presenta masa tumoral de 2 x 3 cm de mayor densidad que la del tejido glandular, correspondiendo a tumor de Warthin.

sias efectuadas, correspondieron 96 a glándula parotídea, encontrando: 66 casos de tumores benignos, dentro de los cuales sólo seis casos correspondieron a TW. En otro estudio con duración de ocho años efectuado por la UNAM y la Unidad de Patología Quirúrgica del Hospital General de México,³ de 360 casos de tumor en glándulas salivales el 78.9% (n = 227) correspondió a tumores benignos de la glándula parotídea; de éstos, el TW fue encontrado en 13 pacientes (7.3%). En el Instituto Nacional de Cancerología de México, en 107 casos reportados en cinco años de neoplasias de parotídea, se encontró un caso de TW con degeneración maligna.

La fisiopatogenia del TW aún se encuentra en controversia, la teoría más aceptada en su desarrollo es la presencia de ductos salivales encarcelados en los ganglios linfáticos durante la embriogénesis, así como la existencia de glándulas salivales heterópicas; otra teoría es la infiltración de linfocitos en un adenoma preexistente. Existe evidencia reciente que demuestra la presencia de componentes epidérmicos policlonales⁴ y ausencia de pérdida de alelos en células clonadas, sugiriendo que esta entidad no es una verdadera neoplasia. Se menciona que cuando son bilaterales, tienen un patrón de herencia autosómica dominante; se piensa que la radiación externa puede ser factor predisponente, así como un elevado porcentaje de grasas en la dieta, siendo el tabaco el factor predisponente más importante relacionado con su presentación.⁵ La serie más grande reportada sobre TW corresponde a Eveson y Cawson⁶ con 278 casos.

La mayor parte de los TW se presentan de manera asintomática (como el caso que presentamos) y, en general, los tumores benignos de glándulas parotídeas presentan las siguientes características clínicas: ausencia de dolor, masa de crecimiento lento, de larga duración, habitualmente de tamaño grande, de consistencia gomosa y móvil (puede provocar la elevación del lóbulo de la oreja) o adenopatías. El tamaño suele variar entre 2 y 10 cm, con un promedio de 4 cm, por lo que en el examen de cavidad oral se puede observar abombamiento faríngeo y desplazamiento de la úvula si el tumor es grande. El motivo más frecuente de consulta es el aumento del volumen laterocervical bajo el pabellón auricular (como en el caso tratado), siendo el síntoma único en el 87% de los casos.

El ultrasonido es el estudio de primera opción para valorar la parotídea;⁷ el TW en la mayoría de los casos tiene sus bordes bien definidos. La irregularidad constituye un signo de malignidad, se trata de una masa hipoeoica, con ecotextura heterogénea en el 50% de los casos debido a componente quístico, que tiende a ser mayor en tumores grandes; la presencia de múltiples quistes anecoicos son un marcador sensitivo. En 90% de los casos su vascularización es de grado intermedio, con vasos que entran al tumor

por uno o varios pedículos con una distribución regular, la cápsula es gruesa y los ecos internos son notorios con la elastografía. En la tomografía computarizada (*Figura 1*), la lesión tiene contornos bien definidos, observándose homogénea, densa, y tras la inyección de contraste, se produce el realce de la imagen, volviéndose heterogénea. La resonancia magnética (RM) demuestra que tiene resultados equiparables a la TAC, siendo la RM más útil para detectar ciertos detalles propios de una determinada patología.⁸ La punción por aspiración con aguja fina (PAAF) de la parótida tiene una sensibilidad y especificidad del 92 y 95%, respectivamente.⁹ Sin embargo, al efectuarla, existe el riesgo de diseminación tumoral y lesión del nervio facial; en el TW la combinación de quistes rodeados de células oncocíticas y el tipo de vasculatura lo hace susceptible a infarto, inflamación y parotiditis aguda postpunción. En el TW marcan positivo los biomarcadores para **tiroglobulina**, CD5, antígeno epitelial de membrana (EMA) y citoqueratina 19 (CK19).¹⁰ Desde el punto de vista histopatológico, macroscópicamente se presenta como una masa ovoide encapsulada, de tamaño variable, que al corte presenta espacios quísticos de aspecto esponjoso, que contiene líquido viscoso de color marrón formado por precipitados de colesterol; al microscopio, el TW tiene apariencia característica, con espacios quísticos rodeados por dos hileras uniformes de células acinares con núcleos centrales y picnóticos (*Figura 2*).

La aparición de tumores histológicamente diferentes en glándulas salivales ipsilaterales es extremadamente rara, con una frecuencia inferior al 0.3% de todos los tumores de glándula salivales. El riesgo de malignización es 1%, y cuando se presenta malignización puede ser de compo-

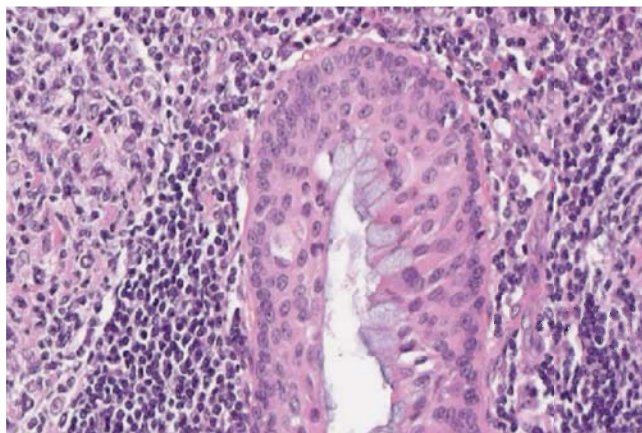


Figura 2. Corte histológico de tumor de Warthin en glándula parótida, donde se aprecian espacios quísticos rodeados por dos hileras uniformes de células acinares con núcleos centrales y picnóticos.

nente epitelial o linfático. El tratamiento del TW debe ser la enucleación o parotidectomía superficial, la cual asegura un mayor margen. La recurrencia es infrecuente (2-6% de los casos). Las complicaciones de la cirugía se reportan de manera inmediata y pueden ser seromas, defecto cosmético y parestesia de lóbulo auricular por la sección del nervio auricular mayor y rama del plexo cervical superficial. De mayor trascendencia es la lesión del nervio facial que ocasiona prosoparesia periférica ipsilateral.

Tradicionalmente, el cirujano se basa, para la identificación del nervio facial, en las referencias anatómicas y experiencia y técnica quirúrgica, sin embargo, con el monitoreo intraoperatorio se disminuye el riesgo de lesión: a mayor tamaño del tumor, existe mayor posibilidad de lesionar al nervio facial, reportándose en las series una variabilidad de 5 a 31%. La complicación tardía es el síndrome de Frey, con variación de 35 a 70% de los pacientes. Ésta se origina por lesión del nervio auriculotemporal, lo que ocasiona que durante la reinervación se formen anastomosis entre las fibras parasimpáticas postganglionares de la parótida y las fibras postganglionares simpáticas de las glándulas sudoríparas; esta situación puede disminuirse utilizando colgajo de piel abundante en grasa. En este sentido, existen otros métodos de barrera como: colgajo de sistema músculo aponeurótico superficial,¹¹ de fascia lata y de placas de poluretano o Alloderm, no obstante, se incrementa la morbilidad asociada con cada método de barrera.

En resumen, en este caso de paciente masculino con antecedente de tabaquismo, se realizó una parotidectomía superficial, sin complicaciones inmediatas, presentando síndrome de Frey de manera tardía, con tres años de seguimiento sin datos de recurrencia.

REFERENCIAS

1. Warthin AS. Papillary cystadenoma lymphomatosum: a rare teratoid of the parotid region. *J Cancer Res.* 1929; 13: 116-125.
2. Maiorano E, Muzio LL, Favia G, Piattelli A. Warthin's tumour: a study of 78 cases with emphasis on bilaterality, multifocality and association with other malignancies. *Oral Oncology.* 2002; 38: 35-40.
3. Mejía-Velázquez CP, Durán-Padilla MA, Gómez-Apo E, Quezada-Rivera D, Gaitán-Cepeda LA. Los tumores de la glándula salival en los mexicanos. Un estudio retrospectivo de 360 casos. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2012; 17: 183-189.
4. Pinkston JA, Philip-Cole P. Cigarette smoking and Warthin's tumor. *Am J Epidemiol.* 1996; 144: 183-187.
5. Arida M, Barnes EL, Hunt JL. Molecular assessment of allelic loss in Warthin tumors. *Mod Pathol.* 2005; 18: 964-968.
6. Eveson WJ, Cawson RA. Warthin's tumor (cystadenolymphoma) of salivary glands: a clinicopathologic investigation of 278 cases. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology.* 1986; 6: 256-262.
7. Fodor D, Pop S, Maniu A, Cosgaria M. Gray scale and Doppler ultrasonography of the benign tumors of the parotid gland (pleomorphic

- adenoma and Warthin tumor). *Medical Ultrasonography*. 2010; 12 (3): 238-244.
8. Koyuncu M, Sesen T, Akan H, Ismailoglu AA, Tanyeri Y, Tekat A, Unal R et al. Comparison of computed tomography and magnetic resonance imaging in the diagnosis of parotid tumors. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2003; 129: 726-732.
 9. Bahar G, Dudkiewicz M, Feinmesser R, Joshua BZ, Braslavsky D, Popovtzer A et al. Acute parotitis as a complication of fine-needle aspiration in Warthin's tumor. A unique finding of a 3-year experience with parotid tumor aspiration. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2006; 134: 646-649.
 10. Song K, Cotelingam JD, Lowery-Nordberg M, Sun W. Characterization of the lymphoid stroma in Warthin's tumor of salivary gland by immunohistochemistry, heavy chain gene and Bcl-2 gene rearrangement. *Am J Trans Res*. 2009; 1: 352-357.
 11. Cesteley L, Helman J, King S, van de Vyvere G. Temporoparietal fascia flaps and superficial musculoaponeurotic system plication in parotid surgery reduces Frey's syndrome. *J Oral Maxillofac Surg*. 2002; 60: 1284-1297.