



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**CISTADENOMA PAPILAR LINFOMATOSO (TUMOR DE WARTHIN).
PRESENTACIÓN DE UN CASO**

CASO CLÍNICO

PARA OBTENER EL GRADO DE

ESPECIALISTA EN CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL

P R E S E N T A :

JOSÉ ALBERTO CODINA SILVA

TUTOR: Esp. DRA ERIKA JAZMIN VALLEJO BRAVO

ASESOR: Esp. JORGE MECINAS PELAEZ MONTIEL



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

CISTADENOMA PAPILAR LINFOMATOSO (TUMOR DE WARTHIN). PRESENTACIÓN DE UN CASO.

Autores: Dr. José Alberto Codina Silva*, Dr. Jorge Mecinas Pelaez Montiel**, Dra. Erika Jazmín Vallejo Bravo***.

UNIVER Maxilofacial, Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional la RAZA. IMSS **Médico adscrito al turno vespertino, Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional la RAZA. IMSS *** Jefa de Servicio de Cirugía Maxilofacial, Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional la RAZA. IMSS.

RESUMEN: **INTRODUCCION:** Los cistadenomas papilares linfomatosos también llamados TUMOR DE WARTHIN ocupan el segundo lugar más común dentro de los tumores benignos de las glándulas salivares, siendo de un 5% a un 22% de todos las neoplasias parotideas. **PRESENTACIÓN DEL CASO:** Un paciente masculino de 61 años de edad el cual inicia su padecimiento actual hace 2 años con aumento de volumen en la región preauricular izquierda, el cual, incrementó progresivamente de tamaño durante los 3 meses anteriores. **DISCUSION:** El tumor de warthin es una neoplasia benigna que ocurre casi exclusivamente en la glándula parótida, esta representa el segundo más común de los tumores de la glándula parótida^{1,2,3,4,6}. Se considera mas frecuente en varones que oscilan en edades de 40 a 70 años, y esta correlacionado con el consumo de tabaco y alcohol. Sin embargo existe una nivelación de la frecuencia en la relación hombre a mujer ya que a aumentado el consumo de tabaco en las mujeres en las ultimas décadas. Por lo que la incidencia del tumor de warthin se encontró que aumento 8 veces más en pacientes consumidores que en los no fumadores. **CONCLUSION:** Dada la controversia en los tratamientos quirúrgicos sobre realizar el tratamiento mínimamente invasivo o extenso se debera determinar según su complejidad y localización, estudios prequirúrgicos, BAAF, TAC (simple y contrastada) así como la experiencia del cirujano.

PALABRAS CLAVE: Tumor de Wharthin, Cistadenoma papilar linfomatoso, Tumor parotídeo, Glándula salival.

ABSTRACT: **INTRODUCTION:** Lymphomatous papillary cystadenomas, also called Warthin's tumor, occupy the second most common place among benign tumors of the salivary glands, accounting for 5% to 22% of all parotid neoplasm. **CASE PRESENTATION:** A 61 year old male patient who began his current condition 2 years ago with increased volume in the left preauricular region, which progressively increased in size during the previous 3 months. **DISCUSSION:** Warthin's tumor is a benign neoplasm that occurs almost exclusively in the parotid gland, it represents the second most common of the parotid gland tumors. Its is considered more frequent in men who range in ages from 40 to 70 years, and is correlated with the consumption of tobacco and alcohol. However, there is a leveling of the frequency in the male-to-female relationship since tobacco consumption has increased in women in recent decades. Therefore, the incidence of Warthin's tumor was found to increase 8 times more in consumer patients than in non-smokers. **CONCLUSION:** Given the controversy in surgical treatment about performing minimally invasive of extensive treatment, it should be determined according to its complexity and location, presurgical studies, BAAF, CT (simple and contrasted) as well as the experience of the surgeon.

KEY WORDS: Wharthin's tumor, Papillary lymphomatous cystadenoma, Parotid tumor, Salivary Gland.

INTRODUCCIÓN

Los cistadenomas papilares linfomatosos también llamados TUMOR DE WARTHIN ocupan el segundo lugar más común dentro de los tumores benignos de las glándulas salivares mayores, siendo de un 5% a un 22% de todas las neoplasias parotideas. Fue descrito por primera vez por Hilderbrand en 1895 en forma de un quiste congénito del cuello^{2,4,8}. En 1992, Wharthin llamó a este tumor como cistadenoma papilar linfomatoso^{1,2,4}. La edad estimada oscila entre los 62 años de edad, es muy poco frecuente encontrarlo a edades menores de los 40, la relación entre mujeres y hombres oscila entre los 5:1 pero disminuye de 2:1 pasando los 50 años de edad^{1,3}. Estas incidencias son bien mencionadas gracias a las atribuciones regionales y los pacientes fumadores, ya que la relación entre pacientes fumadores y no fumadores oscila en 8:1. El tumor de warthin es esencialmente restringido a la parótida y los nodos linfáticos, siendo el polo inferior o cola de la parótida la zona más común³.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Un paciente masculino de 61 años de edad el cual inicia su padecimiento actual hace 2 años con aumento de volumen en la región preauricular izquierda (Fig. 1), incrementó progresivamente de tamaño durante los 3 meses anteriores de la consulta, motivo por el cual, acude a valoración al servicio de cirugía maxilofacial del Hospital de Especialidades Centro Médico

Nacional la RAZA del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Dentro del interrogatorio directo, refiere antecedentes heredofamiliares de importancia por diabetes mellitus tipo II en ambos padres, de antecedentes personales patológicos refiere tabaquismo positivo desde los 18 años a razón de 6 cigarrillos diarios.

En la exploración clínica encontramos a un paciente cooperador, neurologicamente íntegro, que presenta asimetría facial en la región preauricular izquierda en donde se observa aumento de volumen en zona parotidea inferior sin cambios de coloración en piel, a la palpación indurada, no fija a planos profundos, asintomático sin datos clínicos de adenomegalias palpables. Intraoralmente presenta adecuada apertura oral, se observan órganos dentarios secundarios con mal estado general y restos radiculares sin presentar datos clínicos de proceso infeccioso, conductos de Stenon simétricos y permeables. Resto sin alteraciones clínicas de importancia.

Se comienza el protocolo de estudio con la solicitud de paraclínicos, estudios de imagen como tomografía computarizada con contraste, y biopsia por aspiración fina guiada por ultrasonido. Dentro de los estudios paraclínicos presentaba datos dentro de parámetros normales. En estudio de imagen tomográfica computarizada con contraste se observa aumento de volumen en zona parotidea izquierda en el polo inferior de aproximadamente 3x2cm de diámetro (Fig. 2). El reporte de la BAAF con folio B-12575-18 se brinda un diagnóstico histopatológico sin células representativas de lesión y

sugieren la corroboración con clínica así como una nueva toma de biopsia en caso de



Fig. 1. 1A. Fotografía clínica de paciente lateral izquierda en donde se observa aumento de volumen en el polo inferior de la parotida izquierda. 1B. Fotografía frontal clínica en donde se observa ligero aumento de volumen en región preauricular izquierda. 1C. Fotografía clínica lateral derecha sin alteraciones faciales. 1D. Fotografía clínica caudocefálica donde se aprecia aumento de volumen en la región parotidea izquierda.

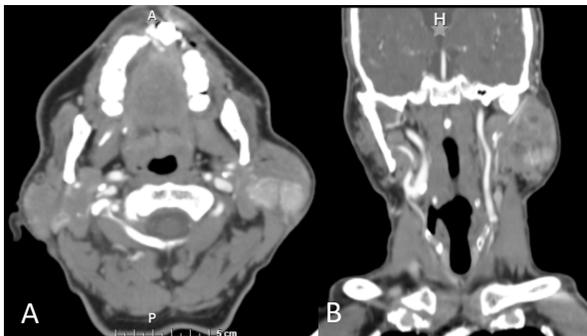


Fig. 2. 2A. Se observa corte axial de tomografía computarizada contrastada, donde se observa aumento de volumen en la región parotidea izquierda de aproximadamente 3x2cm. 2B. Corte coronal de TC contrastada donde se observa el aumento de volumen franco en la región parotidea izquierda de aproximadamente 4x3cm.

ser necesario. Por el análisis clínico y los estudios previos realizados se procede a la toma de biopsia incisional (Fig. 3) en donde se nos reporta un espécimen formado por espacios quísticos de dos capas de células, revestidas por epitelio pseudomembranoso cilíndrico, con formación de proyecciones papilares, en un estroma linfóide en un tejido fibroso denso bien vascularizado con hemorragia reciente compatible con

cistadenoma papilar linfomatoso (Tumor de Warthin) (Fig. 4).

Se solicita valoración preoperatoria por servicio de medicina interna quienes otorgan un ASA II,

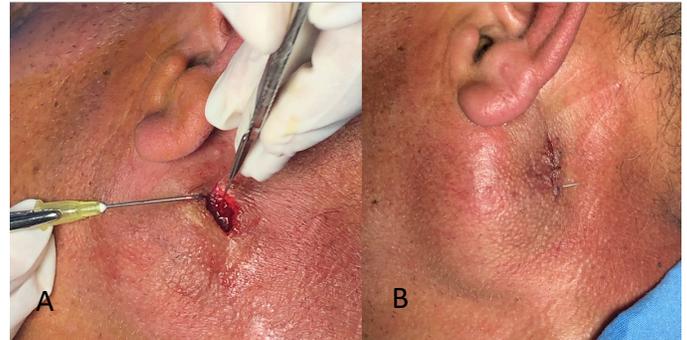


Fig. 3. 3A. Fotografía de la biopsia incisional con acceso tipo retromandibular. 3B. Fotografía clínica de cierre de toma de biopsia incisional.

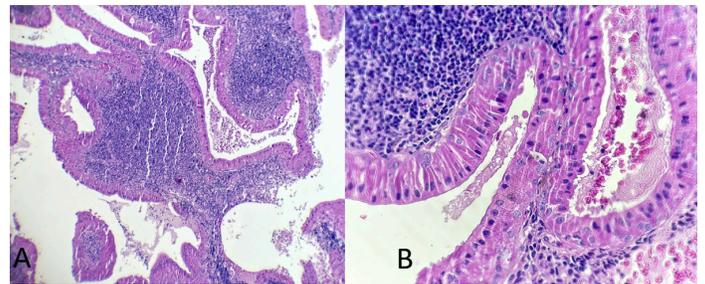


Fig. 4. 4A. Fotografía de histopatología con aumento 10x donde se observa células de aspecto pseudomembranoso cilíndrico. 4B Fotografía con aumento 40x donde se observa formación de proyecciones papilares, en un estroma linfóide con tejido fibroso bien vascularizado con hemorragia reciente.

GOLDMAN I, DETSKY I, LEE I, CAPRINI 3, riesgo de complicaciones 1 % – 5 %. Al no presentar contraindicaciones se realiza la toma de fotografías clínicas del paciente y el análisis facial y se procede con la programación quirúrgica para la resección tumoral.

Para la técnica quirúrgica se realiza preparación de sala y paciente, bajo anestesia general balanceada con intubación orotraqueal se procede a la asepsia y antisepsia, así como la colocación de campos quirúrgicos. Se realiza el marcaje de acceso quirúrgico tipo Blair modificado y se procede a la infiltración de anestésico

local a base de lidocaina con epinefrina al 2% (20mg/0.005mg/1ml), previa latencia

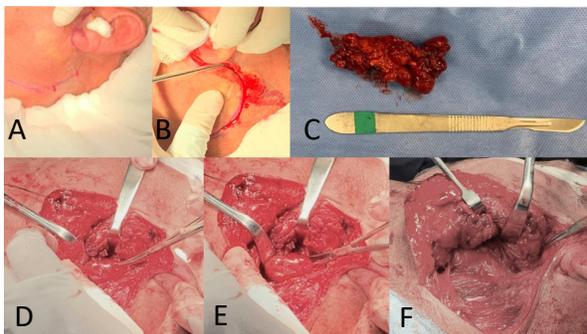


Fig. 5. 5A. Fotografía del marcaje de acceso quirúrgico tipo blair modificado. 5B. Incisión de acceso tipo blair modificado por planos. 5C. Muestra de tejido de patología (tumor de warthin). 5D. Fotografía de disección por planos donde se observa tumor de warthin. 5E. Imagen de la tumoración disecada. 5F. Imagen de cavidad de la tumoración, con el borde parotideo y esternocleidomastoideo.



Fig. 6. Fotografías clínicas posoperatorias a los 7 días. 6A. Fotografía lateral izquierda con herida quirúrgica en adecuado proceso de cicatrización. 6B. Fotografía frontal sin aumento de volumen en la región parotídea, se observa ligera inflamación posoperatoria. 6C. Fotografía caudocefálica donde se observa proceso inflamatorio en la región parotídea izquierda.

se realiza el acceso quirúrgico por planos, se expone tumor en la región parotídea en su polo antero-inferior, se realiza la resección tumoral continuando con hemostasia, lavado y la colocación de drenaje, posterior a la verificación de bordes y hemostasia se realiza el cierre por planos (Fig 5). Para el control posoperatorio continuamos con valoraciones a los 7



Fig. 7. 7A. Fotografía clínica del posoperatorio a las 2 años de evolución donde se observa herida quirúrgica con adecuada evolución y ligera proyección en la region facial. 7B. Mímica de sonrisa sin lesión de las ramas del nervio facial. 7C. Fotografía clínica frontal sin lesiones. 7D Fotografía clínica con la acción de los musculos periorbitarios, confirmando la función adecuada del nervio facial.

días por consulta externa donde se observa adecuado proceso de cicatrización sin alteracion de tono y función de los músculos de la expresion facial y se retiran los puntos sin complicaciones (Fig. 6). Continuamos el control posoperatorio a los 2 años de evolución sin alteraciones (Fig. 7).

DISCUSIÓN

El tumor de warthin es una neoplasia benigna que ocurre casi exclusivamente en la glándula parótida, esta representa el segundo tumor mas común de la glándula parotida^{1,2,3,4,6}. Se considera mas frecuente en varones que oscilan en edades de 40 a 70 años, y esta correlacionado con el consumo de tabaco y alcohol. Sin embargo existe una nivelación de la relación hombre-mujer ya que a aumentado el consumo de tabaco en las mujeres en las últimas décadas. Por lo que la incidencia del tumor de warthin se encontró que aumento 8 veces más en pacientes consumidores de tabaco que en los no fumadores. D. Zhang et. al. reportan un incremento de casos de un 20.6% más entre 1975-1986 que entre 2008 y 2017⁶. La patogénesis del tumor de warthin es incierta. La hipotesis tradicional sugiere que

proviene de tejido salival heterotópico con nódulos linfoides, sin embargo estos tumores se desarrollan por la proliferación de epitelio ductal de la glándula salival que esta asociada a la formación del tejido linfoide¹. Estos tumores pueden ser multicéntricos y aparecer en varias regiones de la misma glándula; en 6 a 10% son bilaterales⁷. La mayoría de los tumores bilaterales no ocurren de manera simultánea¹.

Casi el 20% de estas neoplasias se presentan como masas extraparotideas en el cuello. Las recurrencias ocurren en 12% y se explican por el carácter multicéntrico de esta enfermedad⁸. Son de crecimiento lento, indoloro, que se presenta como una masa en la glándula parotida, ocurre con mas frecuencia en la cola de la parotida cerca del ángulo de la mandíbula. En raras ocasiones se han presentado estos tumores en las glándulas submandibular y glándulas salivales menores. Sin embargo, por el componente linfoide es menos pronunciado¹. Estos tumores han sido reportados predominantemente en blancos y con menos frecuencia en orientales y muy raros en personas de raza negra⁸. Histologicamente, el epitelio es de naturaleza oncocítica y forman filas uniformes de células que rodean espacios quísticos. Estas células contienen abundante citoplasma eosinofílico finamente granular y estan dispuestas en capas¹.

La citología por aspiración con aguja fina es un simple y no invasivo método de diagnóstico preoperativo de los tumores de las glándulas salivales, y el diagnóstico del tumor de warthin es sencillo en el descubrimiento de células típicas citomorfológicas. Predominan células

elementales que consisten en sustratos proteináceos dentro de las cuales encontramos células linfoides dispersas y oncocitos con capas sencillas o múltiples. La exactitud del diagnóstico preoperativo por biopsia por aspiración con aguja fina de las lesiones de las glándulas es alta, Flezar et al. reportan un 95% a un 74% respectivamente de exactitud. Sin embargo varios problemas pueden causar una mala interpretación, como la escasez de células típicas o inflamación¹¹. Thomas et. al. reporta que en los datos recolectados por biopsia por aspiración fina la mayoría de los estudios concordaron con tumor de warthin en la histología posoperatoria dando como resultado fiable¹².

Las imágenes preoperatorias asumen un rol importante para la planeación quirúrgica acerca de su localización. La imagen de las glándulas parotidas contiene dos propósitos: primero, establecer de manera precisa su extensión y sitio de la lesión parotidea; y, segundo, provee algunas indicaciones de la naturaleza su patología. El estudio de elección es una tomografía computarizada, simple y contrastada en sospecha de lesiones inflamatorias (abscesos, cálculos, dilatación de los conductos o inflamación aguda). El ultrasonido es una técnica eficaz para analizar masas de las glándulas parotideas, submandibulares y linguales. La resonancia magnética (RM) es ideal para pacientes con sospecha de masas palpables que presentan una alta probabilidad de lesiones neoplásicas¹⁸.

El tratamiento de elección para los pacientes que presentan tumor de warthin es la resección quirúrgica. Por

lo general es un tratamiento relativamente sencillo ya que su localización es de manera superficial. Algunos cirujanos prefieren el tratamiento de resección mínima con tejido adyacente y algunos prefieren la parotidectomía superficial cuando el diagnóstico presuntivo no está bien definido¹. El riesgo de convertirse en maligno es extremadamente raro⁶. La frecuencia de reportes de malignidad en las glándulas parótidas oscila en un rango de 10-46%, siendo el carcinoma mucoepidermoide el más común de los tumores de glándulas parótidas en un rango de 4-12%¹⁷. El carcinoma mucoepidermoide es más común en la glándula parótida, seguido del paladar, la glándula submandibular y las glándulas salivales menores. Existe una entidad aparentemente nueva denominada Carinoma mucoepidermoide tipo Warthin.⁵ Fue descrita por primera vez por Ishibashi et. al. analizando 15 tumores diagnosticados originalmente como tumor de Warthin metaplásico. Este es considerado un tumor maligno de bajo grado de malignidad, por lo que su tratamiento es la resección mediante parotidectomía superficial⁵.

La recomendación quirúrgica es basada en el tamaño y la localización. Existe la clasificación de HENCE que nos ayuda a determinar el tratamiento de elección, donde lo clasifica en 4 estadios. Los estadios I y II son menores de 3cm de tamaño, se encuentran localizados superficial y ubicado en la glándula parótida. Las III son tumores mayores de 3 cm ubicada en dos espacios de la glándula parótida y IV ubicado en más de dos espacios de la glándula. Para los estadios I y II, si el cirujano presenta experiencia se recomienda parotidectomía parcial. Para los

tumores mayores de 3 cm (categoría III y IV) se recomienda la parotidectomía superficial⁶.

La incidencia de lesiones al nervio facial oscila entre un rango de 8%-68%, siendo con mayor alta probabilidad de lesión en tumores que involucran el polo profundo de la glándula parótida⁹. Una de las complicaciones posoperatorias es el síndrome de Frey¹⁸. En la actualidad es preferible realizar accesos quirúrgicos mínimos tipo "V", la cual involucra únicamente el acceso pre y postauricular¹⁰.

CONCLUSIÓN

Dada la controversia en los tratamientos quirúrgicos sobre realizar el tratamiento mínimamente invasivo o extenso se deberá determinar según su complejidad y localización, así como estudios prequirúrgicos, BAAF, TAC (simple y contrastada) y la experiencia del cirujano.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a todos los doctores que participaron en mi formación como cirujano así como a mis padres por su apoyo incondicional.

REFERENCIAS

- 1.- B. NEVILLE, D. DAMM, C. ALLEN, A. CHI. ORAL AND MAXILLOFACIAL PATHOLOGY, FOURTH EDITION, ELSEVIER, PAG. 449 – 450.
- 2.- Y. KUZENO, A. ROMANUK, O. DYACHENKO, O. HUDYMENKO. PATHOGENESIS OF WHARTHI'S TUMORS. INTERVENTIONAL MEDICINE & APPLIED SCIENCE, VOL 8(2), PP 41-48 (2016).

- 3.- E. MYERS, R.FERRIS. SALIVARY GLAND DISORDERS, SPRINGER, PAG 52 – 54.
- 4.- E. CARLSON, R. ORD. TEXTBOOK AND COLOR ATLAS OF SALIVARY GLAND PATHOLOGY DIAGNOSIS AND MANAGEMENT. WILEY – BLACKWELL, FIRST EDITION. 2008. PAG.
- 5.- D. ZHANG, X. LIAO, Y. TANG, R. MEYER, D. VAN DYKE, X. LIU, ET. AL. WARTHIN-LIKE MUCOEPIDEROID CARCINOMA OF THE PAROTID GLAND: UNUSUAL MORPHOLOGY AND DIAGNOSTIC PITFALLS. ANTICANCER RESEARCH (2019) 39: 3213-32117
- 6.- I. PORFIRE, N. PERS, A. APOSTOL, S. ALBU. UNILATERAL DEFORMING WARTHIN'S TUMOR: CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW. MDPI JOURNAL SURGERIES 2020 1, 46-53
- 7.- A. FEHR, K. RÖSER, G. BELGE, T. LÖNING, J. BULLERDIEK. A CLOSER LOOK AT WARTHIN TUMORS AND THE T(11;19). CANCER GENETICS AND CYTOGENETICS 180 (2008) 135 – 139.
- 8.- L.M. VIVEROS, J. F. SANCHEZ, TUMOR DE WRTHIN. REPORTE DE UN CASO BILATERAL. AN MED ASOC MED HOSP ABC 2001; 46 (2): 88 – 91.
- 9.- D. H. LEE, T. M. YOON, J. K. LEE, S. C. LIM. SURGICAL TREATMENT STRATEGY IN WARTHIN TUMOR OF THE PAROTID GLAND. BRAZ J OTORHINOLARYNGOL. 2019; 85(5):546 – 550.
- 10.- A ALROHAIMI F A, ABUHAIMED M, ALMUTAIRI H M (FEBRUARY 19, 2022) EXCISING PAROTID BENIGN MASS WITH A MINIMAL INCISION. CUREUS 14(2): E22382
- 11.- F. F. KÖYBASIOĞLU, B. ONAL, U. HAN, A. ADABAG, A. SAHPAZ. CYTOMORPHOLOGICAL FINDINGS IN DIAGNOSIS OF WARTHIN TUMOR. TURK J MED SCI (2020) 50: 148-154
- 12.- T. SO, A. SAHOVALER, A. NICHOLS, K. FUNG, J. YOO, M. M. WEIR, S. D. MACNEIL. UTILITY OF CLINICAL FEATURES WITH FINE NEEDLE ASPIRATION BIOPSY FOR DIAGNOSIS OF WARTHIN TUMOR. SO ET AL. JOURNAL OF OTOLARYNGOLOGY–HEAD AND NECK SURGERY (2019) 48: 41
- 13.- M. BATORI, G. MARIOTTA, G. GIOVANNONE, G. GASELLA, M.C. CASELLA. WARTHIN'S TUMOR OF PAROTID GLAND: TREATMENT OF A RETRONEURAL LESION BY ENUCLEATION. EUR REV MED PHARMACOL SCI 2002; 6: 105 – 111.
- 14.- C. W. WANG, Y. CHU, D. CHIU, N. SHIN, H. HSU, J. LEE, C. JUAN. THE WARTHIN TUMOR SCORE: A SIMPLE AND RELIABLE METHOD TO DISTINGUIS WARTHIN TUMORS FROM PLEOMORPHIC ADENOMAS AND CARCINOMAS. AJR JOURNAL CLUB ACTIVITY. NEURORADIOLOGY/HEAD AND NECK IMAGING 2018; 201: 1330 – 1337.
- 15.- C. JIA, S. WANG, Q. LI, J. QIU, X. KUAL. CONVENTIONAL, DIFFUSION, AND DYNAMIC CONTRAST-ENHANCED MRI FINDINGS FOR DIFFERENTIATING METAPLASTIC WARTHIN'S TUMOR OF THE PAROTID GLAND. SCIENCE PROGRESS JOURNALSPERMISSIONS 2021 VOL 104(2) 1-18.
- 16.- L.Y. MIAO, H. XUE, H. GE, J.R. WANG, J.W. JIA, L.G. CUI, DIFFERENTIATION OF PLEOMORPHIC ADENOMA AND WARTHIN'S TUMOR OF THE SALIVARY GLAND: IS LONG-TO-SHORT DIAMETER RATIO A USEFUL PARAMETER?. CLINICAL RADIOLOGY 70 (2015) 1212-1219.
- 17.- M. SHISHEGAR, M. J. ASHRAF, N. AZARPIRA, B. KHADAMI, B. HASHEMI, A. ASHRAFI. SALIVARY GLAND TUMORS IN MAXILLOFACIAL REGION: A RETROSPECTIVE STUDY OF 130 CASES IN SOUTHERN IRANIAN POPULATION. PATHOLOGY RESEARCH INTERNATIONAL VOL 2011, 5.
- 18.- A. YADAV, CC. XIA, YF. PENG, HD. SHAO, XZ. GANG. COMPUTED TOMOGRAPHY AND MAGNETIC RESONANCE IMAGING OF ADENOLYMPHOMA (WARTHIN TUMOUR) OF THE PAROTID GLAND. HONG KONG J RADIOLO. 2015; 18:27-36.

