

Caso Clínico

Una adenopatía cervical o ¿algo más?

Josefa Castro Martín, Olga Cayuela Crespo.

Centro de Salud Benita de Ávila

Varón de 57 años con antecedentes de fumador de unos 12 cigarrillos al día durante los últimos 30 años, sin otros antecedentes personales ni familiares de interés, que no sigue tratamiento crónico de ningún tipo. El paciente refiere nódulo retroauricular de 6 meses de evolución, no doloroso, sin que haya aumentado de tamaño en ese tiempo. No ha tenido fiebre termometrada ni otros síntomas acompañantes. En la exploración física, se palpa nódulo de aprox. 2.5 x1.5 cm en región retroauricular derecha, de consistencia elástica, adherido a planos profundos, móvil y no doloroso a la palpación; la palpación del tiroides es normal, la faringe también tiene un aspecto normal y en la exploración de ambos oídos no hay ningún hallazgo. No se objetivan adenopatías cervicales ni supra o infraclaviculares o axilares. El resto de la exploración física está dentro de la normalidad. Se realiza una analítica con Hemograma y Bioquímica sin alteraciones.

Decidimos hacer una ecografía de cuello en el centro de salud, en la que observamos imagen ovalada de límites bien definidos en tercio inferior de región retroauricular derecha de ecogenicidad heterogénea y tamaño aproximado 2.95x1.42x1.61cm. (Figura 1). El tiroides es de tamaño y ecogenicidad normal, los vasos no presentan alteraciones y no se visualizan adenopatías patológicas. Derivamos al servicio de anatomía patológica para la realización de una punción aspiración con aguja fina (PAAF) que informan de "compatible con tumor de Warthin".

Con el diagnóstico de "nódulo retroauricular derecho compatible con tumor de Warthin" se deriva a Cirugía Maxilofacial, quienes solicitan TAC, que se informa de "imagen pseudonodular de límites imprecisos en el borde posterior del lóbulo superficial parotídeo derecho" (Figura 2 y 3).

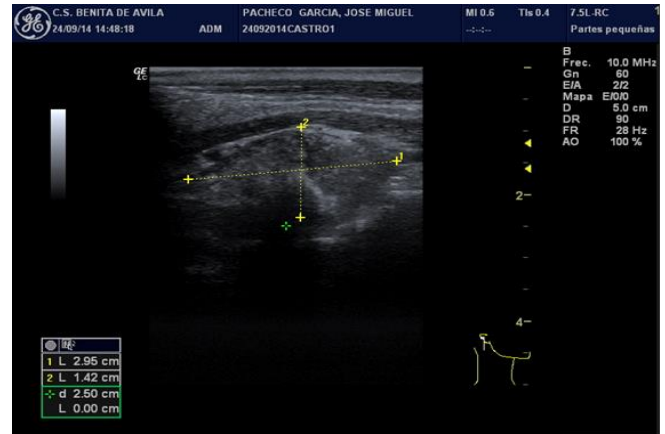


Figura 1.

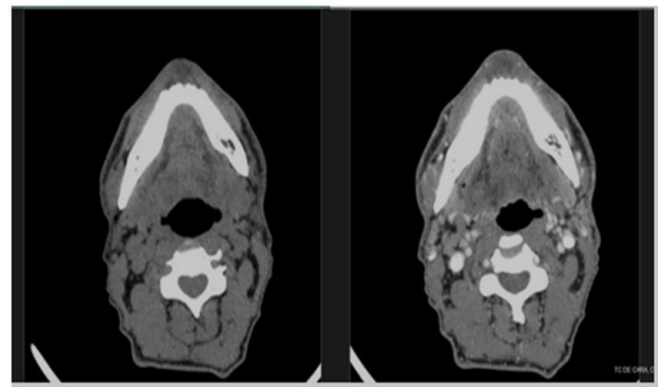


Figura 2.

Figura 3.

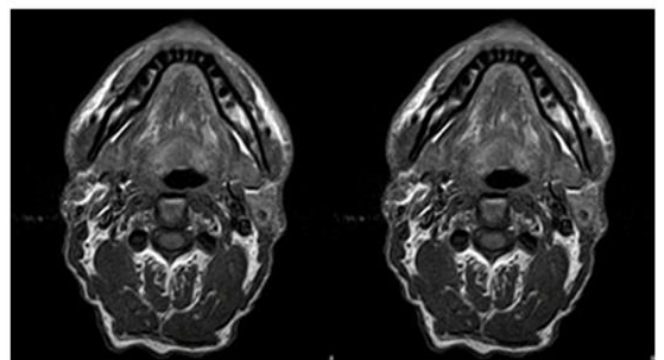


Figura 4

Figura 5.

Se realiza RNM para intentar delimitar mejor la lesión. En ella se identifica lesión sólida, en lóbulo profundo de parótida derecha, de 13 x 21 x 15 mm. poco discernible de la glándula normal, isointensa a la glándula en todas las secuencias, con realce homogéneo y lavado discretamente precoz respecto a la glándula contralateral en el estudio de perfusión (Figura 5 -10).

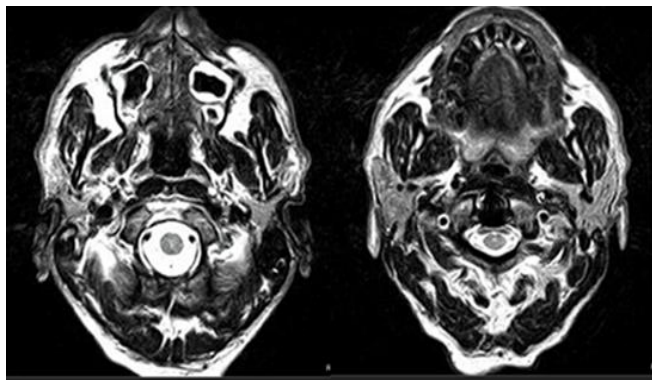


Figura 6

Figura 7

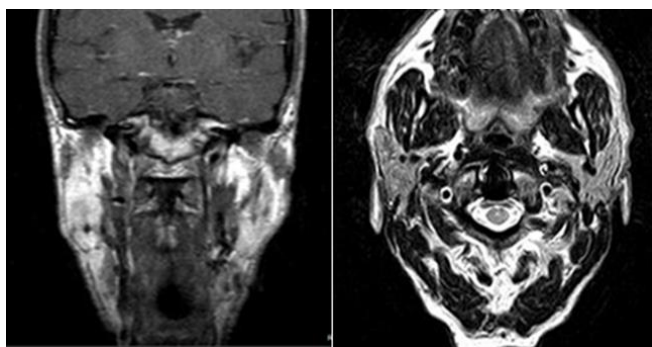


Figura 8

Figura 9

El paciente fue sometido a una Parotidectomía superficial conservando todas las ramas del nervio facial, sin incidencias. El estudio anatomopatológico de la pieza de exéresis se informa como: "Pieza de parotidectomía superficial que tiene 4 cm de diámetro máximo. Externamente no presenta alteraciones significativas y en los cortes seriados se aprecia una formación nodular, bien delimitada, de color pardo y consistencia blanda que mide 1,8 cm de diámetro. En el resto del parénquima no se observan otras alteraciones".

COMENTARIO:

Las glándulas salivales mayores, encargadas de proveer la mayor parte del flujo salivar de la cavidad oral a través de sus respectivos conductos, son las parótidas, las submaxilares y las sublinguales. Además, hay entre 600 y 1000 glándulas salivales menores distribuidas en la lengua, amígdalas, faringe, paladar, cavidad nasal, senos paranasales, laringe y tráquea. Los tumores localizados en estas glándulas representan tan sólo al 3% de las neoplasias del organismo y el 1% los que se hallan en la cabeza y el cuello. Afectan a pacientes en las edades medias de la vida y constituyen un grupo heterogéneo de neoplasias que se asientan en el 85 % de los casos en la glándula parótida, de los cuales sólo 25% son malignos.

El tumor más común es el adenoma pleomórfico, que constituye el 70-80% de los tumores benignos.

<p>Tabla 1. Distribución de los tumores de las glándulas salivales.</p> <p>75% Parótida -80% Benignos { 80% Adenomas pleomorfos (75% Parotídeos.) -20% Malignos</p> <p>15% Submaxilar -60% Benignos { 95% Adenomas pleomorfos -40% Malignos</p> <p>10% G.Accesorias -40% Benignos { Adenomas pleomorfos -60% Malignos</p>
--

El tumor de Warthin, es la segunda forma más común de tumor benigno de la parótida. Es mucho más frecuente entre los 60 y 70 años de edad y tiene predilección por las mujeres en una ratio 4:1. A diferencia de otros tumores de esta localización, el de Warthin puede ser bilateral en hasta un 15% de los casos y el 90% afecta el lóbulo superficial de la parótida. El tabaco y el virus del papiloma humano (VPH) podrían estar relacionados con su formación.

La presentación clínica más frecuente es un crecimiento lento y asintomático de la glándula de consistencia blanda, móvil y no adherido a planos profundos, que puede llegar a elevar el lóbulo de la oreja, o a dificultar la deglución, el cierre y apertura de la boca o el habla, si el tamaño es grande. Si se acompaña de síntomas de afectación del nervio facial, dolor, adenopatías locales, consistencia dura o está adherido a planos profundos, hay que pensar en una neoplasia maligna. En la anamnesis, tenemos que interrogar sobre antecedentes de infección de la glándula parótida o el traumatismo. En la exploración física, debemos observar el tamaño y la localización de la lesión; a la palpación, hay que fijarse si existe aumento de la temperatura, si la tumoración es superficial o profunda, su consistencia, si está adherida a planos profundos o si existen adenopatías cervicales o submandibulares.

Se debe realizar una exploración neurológica para ver si existe afectación del VII par craneal y observar la cavidad orofaríngea para descartar desviación de la úvula o abultamiento de las paredes de la orofaringe; también es necesario presionar la salida del conducto de Stenon y comprobar que no existe ningún líquido purulento, que nos podría orientar a una infección en lugar de una tumoración.

Entre las pruebas diagnósticas indicadas, está la Radiografía convencional que confirma el aumento de volumen de tejidos blandos y la Sialografía que pone de manifiesto un defecto de relleno con un desplazamiento de los canalículos producido por la infiltración de tejido. Actualmente, la Ecografía es la herramienta diagnóstica más rentable para el diagnóstico de tumores sólidos cervicales debido a su bajo coste e invasividad y la alta resolución de sus imágenes en esta región anatómica. En ella, se objetivan generalmente pequeñas masas de aspecto

quístico a veces no bien delimitadas, de apariencia benigna, con una cápsula gruesa y ecos internos. La Tomografía Computerizada (TAC) nos ayuda a delimitar la lesión, que aparece con un aspecto homogéneo y denso y se realza con la inyección de contraste y nos ayuda a hacer el diagnóstico diferencial con lesiones malignas, que pueden infiltrar hueso, nervios o presentar diseminación linfática regional. La Resonancia Magnética (RM) no ofrece muchas ventajas frente a la anterior, aunque nos puede dar más detalle de la afectación de tejidos blandos en determinadas lesiones malignas. Además, las dos últimas pueden dar información anatómica importante a la hora de practicar una cirugía. En general, los procesos inflamatorios se evidencian mejor con TAC y los carcinomas, con RM. La Punción Aspiración con Aguja Final (PAAF) es un método bastante discutido porque en tumores malignos podría aumentar el riesgo de diseminación, sin embargo es bastante útil para el diagnóstico de algunas formaciones benignas entre las que se encuentra el tumor de Warthin. La biopsia intraoperatoria por congelación ofrece mejores resultados que la PAAF. La histología de esta lesión refleja células epiteliales pleomórficas (ver flecha) rodeadas zonas quísticas de material parduzco infiltrado por linfocitos y células mioepiteliales con núcleos irregulares. (figura. 10- 11).

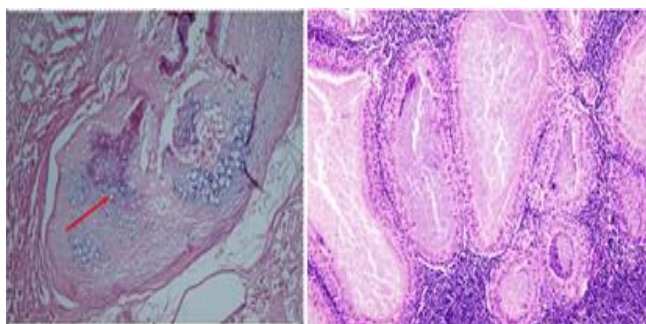


Figura 10

Figura 11.

El diagnóstico diferencial debe realizarse con otras lesiones tumorales de las glándulas salivales como las que aparecen en la tabla 2.

I. TUMORES EPITELIALES

- A) Adenomas
 - 1. Adenoma pleomorfo (Tumor Mixto Benigno)
 - 2. Adenoma monomorfo
 - a) Adenolinfoma (Cistoadenoma papilar linfomatoso o tumor de Warthin).
 - b) Adenoma oxífilo (Oncocitoma)
 - c) Otros adenomas: Tubular, alveolar, trabecular, cél. basales, cél. claras.
- B) Tumor mucoepidermoide (Baja malignidad)
- C) Tumor de células acinosas (Baja malignidad)
- D) Carcinomas
 - 1. Carcinoma adenoquístico o Cilindroma
 - 2. Adenocarcinoma (alta malignidad)
 - 3. Carcinoma epidermoide
 - 4. Carcinoma indiferenciado
 - 5. Carcinoma en adenoma pleomorfo (T. mixto maligno)

II. TUMORES NO EPITELIALES

- Hemangiomas
- Linfangiomas
- Lipomas
- Neurinomas
- III. TUMORES NO CLASIFICADOS**
- IV. LESIONES AFINES**
 - A) Lesión linfoepitelial benigna (T.Godwin)
 - B) Sialosis
 - C) Oncocitosis.

Tabla 2. Diagnósticos Diferenciales.

El tratamiento de elección del tumor de Warthin es la Parotidectomía Superficial, que consiste en la extirpación en bloque del lóbulo superficial de la parótida incluyendo en el mismo el tumor, identificando y conservando previamente todas las ramas del nervio facial. Al no manipular el tumor se evita la posible diseminación que ocurriría con la enucleación. Las complicaciones ocurren en más del 50% de los casos y las más frecuentes son las parálisis transitorias del nervio facial (40%), que se recuperan a los pocos meses, las parálisis permanentes del nervio (42%), la depresión del lecho operatorio (17%), disestesia periauricular (18%), Síndrome de Frey (7%), seromas e infección (2%), Estas complicaciones no se relacionan con la edad, sexo, los antecedentes de tabaquismo, alcoholismo o el tamaño del tumor. Los síntomas del síndrome de Frey son rubor y sudoración de la mejilla, en el área adyacente a la oreja, debido al daño del nervio auriculotemporal, rama colateral del nervio trigémino.

Esta rama contiene fibras simpáticas que inervan las glándulas sudoríparas del cuero cabelludo y fibras parasimpáticas que inervan la parótida. Al dañar este nervio, y como resultado de una reparación defectuosa, las fibras pueden entrecruzarse de forma que el estímulo salival produzca sudor y salivación anormal, en lugar de la respuesta salival normal; también se puede producir rinorrea en respuesta al olor de algunos alimentos. Pueden aparecer cuando la persona afectada come, ve, sueña, piensa o habla sobre ciertos tipos de comida que producen una fuerte salivación. Se pueden optar por varios tipos diferentes de tratamiento para este síndrome como la Inyección de toxina botulínica, el corte quirúrgico de las fibras nerviosas o la aplicación de pomadas con fármacos anticolinérgicos como la escopolamina. La recidiva del tumor de Warthin es infrecuente, apareciendo entre un 6-12% de los casos y con una muy remota posibilidad de que se torne maligno.

BIBLIOGRAFÍA

1. Neville BW, Damm DD, Allen CM, et al. *Oral and Maxillofacial Pathology. 3rd ed. Vol. 11. St. Louis, MO: Saunders Elsevier; 2009. Salivary Gland Pathology; pp. 461-462.*
2. Guzzo M, Locati LD, Prott FJ, et al. *Major and minor salivary gland tumors. Crit Rev Oncol Hematol 2010; 74:134.*
3. Barnes L, Eveson JW, Reichart P, et al. *World Health*

- Organization classification of tumors. Lyon: IARC Press; 2005. Pathology and genetics, head and neck tumours; pp. 209–281.*
4. Bussu F, Parrilla C, Rizzo D, et al. *Clinical approach and treatment of benign and malignant parotid masses, personal experience. Acta Otorhinolaryngol Ital. 2011;31:135–143*
 5. De Ru JA, Plantinga RF, Majoor MH, et al. *Warthin's tumour and smoking. B-ENT 2005; 1:63.*
 6. Faur A, Lazfér E, Cornianu M, et al. *Warthin tumor: a curious entity – case reports and review of literature. Rom J Morphol Embryol. 2009;50:269–273.*
 7. Kotecha S, Bhatia P, Rout PG. *Diagnostic ultrasound in the head and neck region. Dent Update 2008; 35:529.*
 8. Fodo d. Pop S, Miniu A, Cosgaria M. *Gray scale and Doppler ultrasonography of the benign tumors of the parotid gland (pleomorphic adenom and Warthin tumor). Medical Ultrasonography 2010; 12 (3): 213 – 214.*
 9. Feld N, Razarian LN, Needleman L, et al. *Clinical impact of sonographically guided biopsy of salivary gland masses and surrounding lymph nodes. Ear Nose Throat J 1999; 78:905, 908.*
 10. Liu CC, Jethwa AR, Khariwala SS, et al. *Sensitivity, Specificity, and Posttest Probability of Parotid Fine-Needle Aspiration: A Systematic Review and Meta-analysis. Otolaryngol Head Neck Surg 2016; 154:9.*
 11. Koyuncu M, Sesen T, Akan H, Ismailoglu AA, Tanyeri Y, Tekat A, Unal R et al. *Comparison of computed tomography and Otolaryngol Head Neck Surg. 2003; 129: 726 – 732.*
 12. Nouraei SA, Ismail Y, Ferguson MS, et al. *Analysis of complications following surgical treatment of benign parotid disease. ANZ J Surg. 2008;78:134–138.*
 13. Yuan X, Gao Z, Jiang H, et al. *Predictors of facial palsy after surgery for benign parotid disease: multivariate analysis of 626 operations. Head Neck. 2009;31:1588–1592.*
 14. Guntinas-Lichius O, Gabriel B, Klussmann JP. *Risk of facial palsy and severe Frey's syndrome after conservative parotidectomy for benign disease: analysis of 610 operations. Acta Otolaryngol. 2006;126:1104–1109.*