

CASO CLÍNICO

Cistoadenoma papilar bilateral. a propósito de un caso raro descrito por primera vez en nuestro medio

Papillary bilateral cystoadenoma. Report of a rare case described for the first time.

Dr. CM. Jorge Santana Álvarez; Dr Jesús Chávez García; Dra. María Antonia Álvarez Urbay; Dr. Joel Trujillo López; Dr. Luis Castillo Toledo

Hospital Militar Clínico Quirúrgico Docente Dr. Octavio de la Concepción y de la Pedraja. Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Se presenta un paciente de 58 años de edad, del sexo masculino, que acudió a la consulta de Otorrinolaringología con aumento de volumen de ambas regiones parotideas, sin otros síntomas acompañantes. Después de realizar diversos estudios, incluyendo biopsia por aspiración con aguja fina se definió el patrón celular compatible con un tumor de Warthin, por lo que al realizar el tratamiento hubo plena coincidencia con la biopsia por parafina. Dado lo infrecuente de esta tumoración en nuestro medio se realizó el presente trabajo.

DeCS: ADENOLINFOMA/ cirugía; ANCIANO; BIOPSIA CON AGUJA FINA/métodos

ABSTRACT

Background: A patient who visited the otorrhinolaryngology service for volume increase of both parotid regions without other symptoms, is presented. The patient is a 58 years old man; after performing different studies including Fine Needle Aspiration Biopsy (FNAB), it is defined the cellular pattern compatible with a Warthin's tumor thus, when carrying out surgical treatment there was a clear coincidence with paraffin biopsy. So, this work is elaborated to show there unfrequent tumors in our environment.

DeCS: ADENOLYMPHOMA/ surgery; AGED; BIOPSY FINE-NEEDLE/ methods

INTRODUCCIÓN

Con frecuencia se presentan pacientes con crecimientos anormales en alguna parte del cuello. La peculiar formación embriológica del cuello y su complicada anatomía le confieren el rasgo distintivo que lo caracteriza, es pues, amplio y disímil el grupo de entidades que cursan con un bulto visible o palpable, lo que conlleva a dificultades con el diagnóstico. El cuello es una porción del cuerpo de gran significación anatomofisiológica, se reúnen en él, en un espacio reducido órganos vitales, algunos de ellos propios como el tiroides, paratiroides y laringe, a otros le sirve de paso como la traquea, conducto faringoesofágico, vasos carotídeos, yugulares y subclavios, ganglios y vasos linfáticos, vértebras y médula espinal, así como a nervios, partes blandas y músculos que con sus inserciones contribuyen a la movilidad y estabilidad de la cabeza. Anatómicamente, el cuello es un órgano cilindroide con un límite superior en la región posterior a nivel de la línea occipital superior; lateralmente la apófisis mastoides y el borde posterior de la rama de la mandíbula. Por delante, el borde inferior de la mandíbula, incluyendo para nuestro interés, la región suprahiodea, submaxilares y submentoneana; según *Torroella* et al ¹ *Rouviere* limita la región anterior con una línea arqueada que une ambos ángulos mandibulares pasando por el hueso hioides. La primera definición nos permite incluir en el cuello los tumores de las glándulas salivales. El límite anteroinferior lo constituyen la horquilla esternal y las clavículas y por detrás una línea que une ambas articulaciones acromioclaviculares, pasando por la séptima apófisis espinosa ^{2,3}

La región parotídea es la única porción del espacio maxilofaríngeo que se extiende por fuera hasta los tegumentos. Superficialmente, corresponde al espacio comprendido entre el borde posterior del maxilar inferior y la articulación temporomandibular por delante. La apófisis mastoideas y el borde anterior del esternocleidomastoideo, por detrás, el conducto auditivo externo, por arriba y por debajo una línea que se prolonga por el borde inferior del maxilar hasta el esternocleidomastoideo ^{2,3}.

La superficie exterior de la región parotídea está realmente deprimida, y esta depresión alargada verticalmente es más acentuada cuando más delgado es el sujeto. La región parotídea contiene la parótida. Esta glándula junto a otros órganos está contenida en una excavación llamada celda parotídea, toma la misma forma primitiva triangular y es atravesada por numerosos vasos y nervios.

La parótida es el sitio de elección de la mayoría de los tumores de las glándulas salivales, estas neoplasias representan del 1 al 2 % de los tumores en general y el 5 % de los tumores de cabeza y cuello. Según *Paparella* ² la clasificación de *Bhaskar* y de *Foot* y *Frazell*, pueden dividirse en epiteliales y mesenquimatosos, comprendiendo ambos grupos procesos benignos y malignos.

Dentro de los tumores de la glándula los adenomas pleomorfos constituyen el 60 % de los tumores de esta glándula, que habitualmente se presentan entre los 30 y 40 años de edad, pero generalmente cuando el paciente acude a consulta lleva ya años con el tumor. Pueden alcanzar dimensiones considerables, se describen casos de hasta 1600gms (Demorguay y Le Dentu) y 3Kg (Bouchet). Dos elementos entran en su constitución, una porción conjuntiva y otra epitelial, de ahí la denominación de tumores mixtos ⁴⁻⁸

El cistoadenoma papilar linfomatoso, adenocistoma papilar o tumor de Warthin, es un adenoma quístico de la parótida, afecta con mayor frecuencia el sexo masculino, en una relación cinco veces mayor que en el femenino. Representa el 6 % de los tumores de la glándula, asientan por lo general sobre el ángulo del maxilar superior en la porción inferior o cola de la glándula, dentro de su propia sustancia u ocasionalmente detrás de ella, las lesiones rara vez son extraparotídeas. Macroscópicamente se trata de un nódulo redondeado o aplanado de superficie externa, por lo general lisa, en ocasiones lobulada y superficie de sección de color gris rosado moteado, de nódulos blanquecinos, que corresponde a centros germinativos de tejido linfóide. Microscópicamente, están constituidos por parénquima epitelial y un estroma linfóide. La degeneración maligna es rara, pero puede ocurrir en pacientes que han recibido tratamiento radiante. Su contenido es mucoide, se confunde ocasionalmente con secreción purulenta, frecuentemente se observa en edades comprendidas entre los 40

y 70 años. Se caracteriza por su crecimiento lento e indoloro. Estos tumores poseen la propiedad de concentrar el radioisótopo tecnecio 99, con llamados tumores "calientes". Este es el único tumor conocido que se comporta de este modo, lo que permite arribar a un diagnóstico preciso en el preoperatorio. Según *Citelli y Buce*⁹⁻¹¹ el tumor de Warthin es una formación neoplásica del epitelio canalicular que ha quedado atrapado en los ganglios linfáticos parotídeos.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente SCG, HC. 70835 fumador, masculino, mestizo, de 58 años de edad que acudió a consulta de Otorrinolaringología por aumento de volumen progresivo de ambas regiones parotídeas de 15 años de evolución. Al inicio según se recogió en la anamnesis no le prestó importancia, pero últimamente el crecimiento ha sido rápido y sin otras manifestaciones acompañantes. Al momento de la consulta no se recogieron antecedentes patológicos personales de interés.

Al examen físico presentó región parotídea derecha, se palpó una tumoración de 3x4cm de diámetro, superficie irregular, consistencia firme, no adherida a planos profundos, que parecía incluir ambos lóbulos y sin dolor, latidos o soplos.

En la región parotídea izquierda se palpó tumoración de 6x4cm de diámetro, superficie irregular, consistencia firme, no adherida a planos, que parecía incluir lóbulo superficial y profundo y sin manifestaciones clínicas que hicieran sospechar causa vascular.

En los estudios de laboratorio, el hemograma con diferencial, la glucemia, eritrosedimentación y creatinina fueron normales.

Sialografía parotídea: desplazamiento de conductos interlobulillares y canaliculares hacia la periferia, con una imagen de aspecto de "medusa" a la disposición del llenado de los conductillos por el contraste utilizado en el estudio radiológico. Imagen radiotransparente central de aspecto tumoral con ausencia de conductillos.

Ultrasonido: imágenes ecogénicas en regiones parotídeas de aspecto tumoral de 3x4 y 6x4 derecha e izquierda, respectivamente.

Biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF): Patrón celular con elementos epiteliales y linfocitos compatible con tumor de Warthin en ambas muestras.

El 24 de noviembre de 1999 se realizó parotidectomía subtotal derecha, su evolución fue satisfactoria. El resultado anatomopatológico en biopsia No 999 /99: tumor de *Warthin*.

El 24 de marzo de 2002 se realizó parotidectomía total izquierda con conservación del nervio facial, debido a que la tumoración de 6x4 cm incluía prácticamente todo el tejido glandular, se formó entre ambos lóbulos el clásico tumor en "botón de camisa" con resultado anatomopatológico en biopsia No 184/02: tumor de Warthin y ganglios con hiperplasia folicular.

DISCUSIÓN

Las tumoraciones parotideas no presentan síntomas alarmantes como: dolor, calambres sensaciones raras en la cara o signos de parálisis facial. Solamente el aumento de volumen lento pero progresivo que con el tiempo llega a deformar la cara, hace que el paciente acuda por primera vez a consulta tal y como ocurrió con nuestro caso.

En las series descritas por *Catania, Das* et al, la edad más frecuente de los casos estudiados oscila entre los 40 y 70 años, sexo masculino y estos tumores ocuparon el 8.7 % y 16.7 %, respectivamente.¹²⁻¹⁵

En este paciente nos llamó poderosamente la atención la aparición simultánea bilateral de la tumoración con igual patrón histológico pues en la literatura se describe la ocurrencia bilateral, pero algunos autores describen la aparición de un tumor bilateral en un paciente con ocho años de diferencia entre un lado y el otro. *También se describe un paciente con un linfoma no Hodgkiniano asociado a un tumor de Warthin.*^{2, 13}

Todos los autores coinciden que para el diagnóstico de estos tumores resultan importantes la anamnesis, los elementos que aportan el examen físico exhaustivo al enfermo, pero resultan de inestimable valor los resultados de la sialografía y BAAF.

*Gay*¹⁴ en China, señala dos hallazgos fundamentales en la sialografía de los tumores parotideos:

- Ausencia y desplazamiento de los conductillos por la masa tumoral.
- En el caso de tumores malignos, destrucción de conductos y salida del medio de contraste.

En nuestro caso la imagen sialográfica coincidió con lo descrito por este autor, y consideramos que este estudio realizado por manos expertas puede aportar, incluso, elementos relacionados con la extensión de la tumoración.

La BAAF permitió una planificación quirúrgica adecuada ya que hubo correlación con la biopsia por parafina. En los estudios de *He*¹⁵ y *Contucci*¹⁶ el diagnóstico cualitativo

entre la BAAF y el diagnóstico histopatológico postoperatorio fue de un 92.56 % y 95.1 %; en 121 y 118 pacientes respectivamente, lo que demuestra el valor de este estudio en pacientes con grandes masas en la región parotídea.

En relación con la estrategia quirúrgica, se procedió de acuerdo con lo normado para estos casos: parotidectomía subtotal o preneurales en el lado donde el tumor solamente incluía el lóbulo superficial y parotidectomía total con conservación del nervio facial en el lado donde el tumor incluía toda la glándula. En el postoperatorio no se observaron complicaciones.^{12, 13}

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Torroella y Mata. Cirugía. Esc. Med. Universidad de La Habana. 2 ed. Ciudad de La Habana: Instituto Cubano del Libro; 1973.p. 136, 196-242.
2. Paparella MM. Otorrinolaringología de cabeza y cuello. T1-3. 2ed. Ciudad de la Habana: Editorial. Científico-Técnica; 1983. p. 2227-31, 2311-19,2482-90.
3. Rouvière. Anatomía Humana. Tomo de cabeza y cuello 3ed;1988 .p. 238-55.
4. Cosman B, Blikelair GF. Medline branquiogenie sindroms. Plast. Reconst. Surg. 1988,pp 41-4.
5. Pounds LA. Masas del cuello de origen congénito. Clin. De Nort. Americ. 1981;(4): 849-52.
6. Simpson RA. Lateral Cervical cysts and fístulas laringoscope. 1998. p. 30-42.
7. Portman M. Otorrinolaringología. Tumores de glándulas salivales; 1987.p.328-34.
8. Irribarre BO. Tumores de glándulas salivales mayores. Rev. Cir.1993; 7(1):83-9.
9. Citelli B. Masas del cuello en niños y adulto joven. Adenopatías y neoplasias. Clin. North. Am.1999; 4: 821-28.
10. Mc Guirt WF. The neck mass. Med. Clin. North. Amer. 1999; 83: 219-34.
11. Bruce EJ. Surgery. 3ed .U.S.A: Williams and Williams; 1996.p. 381-8.
12. Catania A, Falvo L, Andrea V, Biancafarina AD, Estefano M, De Antoni E. Paritid gland tumours. Our experience and a review of the literature. Chir Ital 2003; 55(6):857-64.
13. Das DK, Petkar MA, Al-Mane NM, Sheikh ZA, Mallik MK, AnimJT, et al. Role of needle aspiration cytology in the diagnosis of swellings in the salivary gland regions: a study of 712 cases. Med Princ Pract 2004;13:95-106.

14. Gay YF, Sun DX, Lin GC. The evaluation of panoramis sialography applied in the diagnosis of parotid tumor. Shanghai Kou Qiang Yi Xue.1; 4(3):134-5.
15. He Y, Zhang ZY, Tian Z. The diagnostic value of fine needle aspiration cytology (FNAC) for lesions in the parotid gland. Shanghai Kou Qiang Yi Xue 2003;12(6):410-3.
16. Contucci AM, Corina L, Sergi B, Fadda G, Paludetti G. Correlation between fine needle aspiration biopsy and histologic findings in parotid masses. Personal experience. Acta Otorhinolaryngol Ital.2003 23(4):314-8.

Recibido: 21 de Julio de 2004.

Aprobado: 5 de septiembre de 2004.

Dr. CM. Jorge Santana Álvarez Doctor en Ciencias Médicas. Investigador Agregado. Especialista de II Grado en ORL. Profesor Auxiliar. Hospital Militar Clínico Quirúrgico Docente Dr. Octavio de la Concepción y de la Pedraja. *Camagüey*
jorsan@shine.cmw.sld.cu