

# Tumor de Warthin ectópico en la nasofaringe. A propósito de un caso clínico

E. Berrocal Postigo, H. Galera Ruiz, J. Ruiz Clemente, J. González García, F. Muñoz Borge  
*Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.*

**Resumen:** Se presenta el caso clínico de un varón de 69 años, que es referido a consultas externas de ORL con epistaxis de repetición e hipoacusia derechas. La exploración fibroscópica demuestra una lesión de aspecto quístico en el rodete tubárico derecho. Se solicita TAC que se informa de tumoración redondeada y bien delimitada compatible con linfoma. Se practica biopsia excisional mediante abordaje endoscópico nasal y el resultado histológico es de tumor de Warthin. La nasofaringe es una localización inusual para este tipo de patología, casi exclusiva de las glándulas salivales mayores. Se destaca la imprevisibilidad del diagnóstico anatomopatológico en un área anatómica "sui generis" donde el diagnóstico diferencial es extenso y difícil el acceso.

**Palabras clave:** Tumor de las glándulas salivales. Tumor de Warthin. Cavum. Nasofaringe. Ectopia.

## *Ectopic Warthin's tumour in nasopharynx. Revision of one clinical case.*

**Abstract:** This is a case report of a 69-year-old male patient referred to the ENT out patients with right-sided epistaxis and hipoacusis. Fibroptic examination reveals a cystic lesion at the exit of the right eustachian. A CT scan is informed as a well delimited and rounded-shaped tumour compatible with lymphoma. Excisional biopsy by a nasal rigid endoscopy is practiced and the histology result is Warthin's tumour. The nasopharynx is a rather unusual location for this type of tumours, almost exclusive in origin of major salivary glands. It's highlighted the unforeseeable histological diagnosis in this particular anatomical region, where the clinical differential diagnosis is broad and the access difficult.

**Key words:** Salivary gland neoplasms. Warthin's tumour. Cavum. Nasopharynx. Ectopia.

Correspondencia: Estefanía Berrocal Postigo  
C/ Virgen de Gracia, 1, 1ºD  
41309 La Rinconada (Sevilla)  
Correo electrónico: estefaniaberrocal@hotmail.com  
Fecha de recepción: 7-5-2004  
Fecha de aceptación: 2-2-2005

## INTRODUCCIÓN

Al tumor de Warthin (TW), por su propia idiosincracia histológica, los patólogos desde un principio le han conferido amplia sinonimia, entre la que cabe resaltar por su frecuencia, los términos cistoadenolinfoma y cistoadenoma papilar linfomatoso<sup>1</sup>. Se trata de un tumor de naturaleza benigna y localización casi exclusiva parotídea, donde comprende el 25% de los tumores y es el segundo en incidencia después del adenoma pleomorfo. Existen pocos TW descritos en otras localizaciones, como en ganglios linfáticos cervicales, cavidad oral, laringe y cavum<sup>2</sup>.

En este artículo se presenta un caso de TW clínica y radiológicamente insospechado por aparecer ectópico en una localización inusual, la nasofaringe, con frecuencia lugar de asiento de otros procesos tumorales tributarios de tratamientos complejos y pronóstico incierto.

## CASO CLÍNICO

Se trata de un paciente varón de 69 años de edad, con antecedentes personales de miringoplastia del oído derecho hace 10 años y tabaquismo de 1 paquete/día durante 45 años, que acude a consultas externas de ORL, con epistaxis de repetición por fosa nasal derecha de 4 meses de evolución e hipoacusia derecha. La otoscopia revela otitis secretora de oído derecho. La exploración con fibroscopio flexible evidencia lesión redondeada, de aspecto quístico y localización tubárica derecha. No se palpan adenopatías cervicales. Se decide ingreso para estudio que comprende analítica general, radiografía de tórax, TAC axial y coronal de cavum y senos paranasales y biopsia. La TAC se informa de tumoración redondeada y bien delimitada de aproximadamente 22 mm de diámetro, que por las características radiológicas podría ser compatible con linfoma (Figura 1). El resto de los resultados analíticos y radiológicos se informan dentro de la normalidad. La biopsia excisional se practica mediante abordaje de endoscopia rígida nasal con óptica de 0º. El resultado del estudio histológico es de adenoma de células oncocíticas del tipo de TW (Figuras 2A y 2B).

La evolución al año presenta un paciente asintomático, con otoscopia y fibroscopia de cavum normales.



Figura 1. Imagen de un corte axial de TAC a nivel del cavum. Se aprecia lesión quística en cavum derecho, de aproximadamente 22 mm diámetro que respeta los espacios parafaríngeos y obstruye parcialmente la trompa de Eustaquio.

## DISCUSIÓN

El TW extraparotídeo o ectópico es extremadamente raro y generalmente asienta en la red linfática cervical, en la cavidad oral o en laringe. En el cavum solo se han descrito algunos casos aislados<sup>3,8</sup>, uno de los cuales sufrió transformación maligna<sup>4</sup> y otro sincrónico con un TW de parótida<sup>5</sup>. Aunque los tumores benignos de glándulas salivales son más frecuentes en mujeres, el TW por el contrario lo es más en varones y la edad de presentación se encuentra entre los 55-70 años.

La histogénesis del TW ha sido muy debatida y, en la actualidad, la hipótesis más aceptada explica que en la nasofaringe se origina a partir de componentes de las glándulas salivales menores que quedan atrapados en un estroma linfoide preexistente, y que la inflamación crónica induce a la formación de metaplasia oncocítica en los tejidos glandulares. Otros autores defienden que esta metaplasia también podría ser secundaria a problemas sistémicos como deficiencias nutricionales y metabólicas, o a factores genéticos y ambientales, entre otros<sup>4</sup>, y otros opinan que el componente linfoide del TW nasofaríngeo podría ser consecuencia de una respuesta inmune<sup>7</sup>.

La clínica del TW se caracteriza por la presencia de una tumoración de crecimiento lento y curso asintomático, aunque en ocasiones puede aparecer dolor e inflamación local por sobreinfección<sup>9</sup>, mientras que en el cavum es la propia de la localización que dependiendo del tamaño tumoral es variable, desde epistaxis y otitis media hasta obstrucción respiratoria nasal y cefalea.

En el cavum el diagnóstico es insospechable por fibroscopia y TAC, y se alcanza mediante la toma de biopsia por abordaje endoscópico nasal. Desde el punto de vista macroscópico, se trata de una tumoración encapsulada,

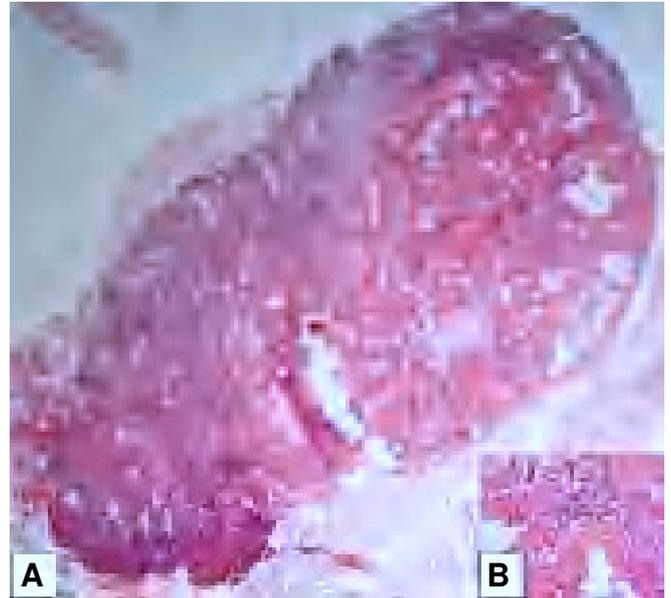


Figura 2. Imágenes histológicas. A. Se aprecia una lesión nodular circunscrita de 22 mm de diámetro máximo en el seno de la lámina propia del epitelio escamoso de cavum (H&E, x100) y, B. un patrón glandular irregular compuesto por células oncocíticas en el seno del estroma con predominio linfocitario (H & E, x600).

contorno redondeado y tamaño variable, entre 2 y 5 cm de diámetro. Al corte transversal se aprecia la superficie de color gris pálido, salpicada de estrechos espacios quísticos rellenos de mucina o suero, que al examen histológico son irregulares y se encuentran recubiertos por una doble capa de células epiteliales -los oncocitos- en el seno de un estroma linfoide denso. Los oncocitos son células epiteliales llenas de mitocondrias que confieren al citoplasma un aspecto granular característico. También existen otras lesiones de estirpe oncocítica muy parecidas al TW, como el oncocitoma y el quiste oncocítico; el primero se refiere a lesiones oncocíticas sólidas, y el segundo a lesiones oncocíticas quísticas sin infiltrado inflamatorio<sup>10,11</sup>. Además Snyderman y cols.<sup>2</sup> señalan que la mayoría de los TW ectópicos, a excepción de aquellos que asientan en ganglios linfáticos cervicales, suelen carecer de componente linfoide, por lo que en estos casos el término correcto a aplicar sería el de cistoadenoma papilar oncocítico. También existen casos aislados en los que se ha documentado transformación maligna después de tratamientos radioterápicos de otras neoplasias cérvico-faciales<sup>9</sup>.

El diagnóstico diferencial se hace principalmente con los quistes y otras tumoraciones del cavum. Los quistes son infrecuentes y pueden ser congénitos o profundos a la fascia faringobasilar, como el de retención de Tornwaldt<sup>5</sup> producto de una comunicación embrionaria persistente con la notocorda, o el de Rathke de origen ectodérmico<sup>7</sup>; y los adquiridos, más superficiales y de retención. Entre las tumoraciones benignas cabe mencionar los linfangiomas o malformaciones congénitas del sistema linfático, de consistencia blanda y más frecuentes en orofaringe, los paragangliomas, desarrollados a expensas de células del sistema APUD; y

los lipomas, hemangiomas y el plasmocitoma extramedular, que a la exploración todos tienen en común la coloración rojiza.

Los tumores de las glándulas salivales accesorias son lesiones submucosas que pueden localizarse en todos los niveles faríngeos, aunque de predominio orofaríngeo<sup>1</sup>. Inicialmente suelen ser lesiones indoloras y no ulceradas aunque, en ocasiones, el aumento de tamaño puede llevar a necrosis y sobreinfecciones. El estudio histológico es sistemático e importante para descartar así posibles focos carcinomatosos.

Ocasionalmente se pueden presentar en la nasofaringe meningoceles o meningencefaloceles, e incluso el angiofibroma nasofaríngeo juvenil, aunque epidemiológicamente no sospechable, en el presente caso clínico, en pacientes mayores, muestra un ritmo de crecimiento más lento, y la consistencia es más fibrosa que vascular. Estos ejemplos apoyan la necesidad de realizar pruebas de imagen como la TAC o la angiografía antes de biopsiar el cavum.

También hay que descartar lesiones inflamatorias agudas o crónicas, que adoptan aspecto pseudotumoral, como tuberculosis, sarcoidosis, granulomatosis y sífilis<sup>7</sup>, o la tan frecuente hipertrofia linfoide que se presenta en forma de nódulos amarillos o grises<sup>7</sup>.

Por último, los tumores malignos son asimismo inusuales y el repertorio histológico es muy variado, desde el linfoma, diagnóstico que se sospecha radiológicamente en el presente caso, pasando por todos los diferentes tipos de sarcomas, hasta el carcinoma indiferenciado, de origen epitelial<sup>11,12</sup>. La clínica suele ser inespecífica y varía en función del tamaño del tumor en el momento del diagnóstico, desde hipoacusia, obstrucción nasal, anosmia, epistaxis y/o trismos hasta una masa cervical, a menudo bilateral y voluminosa; el tratamiento en la mayoría de los casos es combinado.

En conclusión, el TW es una lesión benigna de predominio casi exclusivo parotídeo y que excepcionalmente puede aparecer en otras localizaciones, como por ejemplo la nasofaringe. Las tumoraciones de cavum pueden ser diversas

en origen y naturaleza, y cabe destacar por su trascendencia las neoplasias malignas, como el carcinoma indiferenciado y los sarcomas, pues en ambos el diagnóstico en estadios incipientes mejora el pronóstico. En el presente caso la actitud a seguir supuso la habitual en esta localización; con el diagnóstico clínico y radiológico de tumoración localizada y bien delimitada se practicó biopsia excisional con la consiguiente resolución de la otitis. El imprevisible diagnóstico histológico de TW hace que el caso resulte excepcional en esta localización.

## Referencias

1. Ramzi S Cotran, Vinay Kumar, Stanley L Robbins. Patología Estructural y Funcional (5ª Edición.), Editorial McGraw-Hill-Interamericana de España, Madrid 1997,832-835.
2. Snyderman C, Johnson JT, Barnes EL. Extraparotid Warthin's tumor. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1986;94:169-175.
3. Ryzdewski B, Glowczewska M. Warthin's tumors with atypical location. *Otolaryngol Pol* 1998;52(4):495-498.
4. Croce A, Moretti M. Tumore di Warthin ectopico cancerizzato: descrizione di un caso clinico e revisione della letteratura. *Acta Otorhinolaryngol Ital* 1996;16(6):543-549.
5. Low WK, Ng SB. Synchronous parotid and nasopharyngeal Warthin's tumors: first report of a case. *Ear Nose Throat J* 2002;81(12):839-841.
6. Yeh YA, Baker LL, Wang WJ, Fan K. Nasopharyngeal Warthin's tumor. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1999;120:942-944.
7. Griffiths AP, Dekker P. Oncocytic metaplasia of the nasopharynx or extra-parotid Warthin's tumor? *J Clin Pathol* 1991;44:1030-1032.
8. Kristensen S, Tveteras K, Friedmann I, Thomsen P. Nasopharyngeal Warthin's tumour: A metaplastic lesion. *J Laryngol Otol* 1989;103:616-619.
9. Fayoux P, Chevalier D, Dubrulle F. Tumeurs bénignes du pharynx. En: Vercken S (Ed): *Encyclopedie Médico-Chirurgicale (Otorhinolaryngologie)*, Editions Scientifiques et médicales Elsevier SAS, Paris, 1998,20-586-A-10:1-6.
10. Theodore T, Benke MD. Bilateral oncocytic cysts of the nasopharynx. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1995;112(2):321-324.
11. Cohen MA, Batsakis JG. Oncocytic tumors (oncocytomas) of minor salivary glands. *Arch Otolaryngol* 1968;88:71-73.
12. Fletcher CD. Distinctive soft tissue tumors of the head and neck. *Mod Pathol* 2002;15(3):324-330.
13. Bourhis J, Schwaab G. Cancer du nasopharynx. En: Vercken S(Ed): *Encyclopedie Médico Chirurgical (Otorhinolaryngologie)*, Editions Scientifiques et médicales Elsevier SAS, Paris, 1999;20-590-A-10:1-14.