Tumor de Warthin da glândula parótida: estudo de 70 casos

Warthin's tumor of the parotid gland: study of 70 cases

Helma Maria Chedid[1]; Abrão Rapoport- ECBC-SP[1]; Kiyoshi Fernandes Aikawa[2]; Aglailton Dos Santos Menezes[2]; Otávio Alberto Curioni[3] - TCBC-SP

R E S U M O

Objetivo: Relatar as características clínicas, tratamento e complicações.dos tumores de Warthin. **Métodos:** Estudo retrospectivo com 70 pacientes submetidos à ressecção de cistoadenoma papilífero linfomatoso,. Variáveis analisadas: idade, sexo, etnia, presença ou não de tabagismo, sítio primário do tumor, tamanho do tumor em centímetros, presença de bilateralidade, tipo de operação, multicentricidade, complicações do tratamento, presença de recidiva no seguimento e tempo de seguimento.. **Resultados:** Quarenta e quatro pacientes (62,8%) eram do sexo masculino e 26 (37,2%), do sexo feminino, com média etária de 56,7 anos, O tabagismo estava presente em 55 (78,6%) pacientes, (94,3%) dos tumores eram unilaterais e quatro (5,7%) bilaterais, com tamanho médio de 4,1cm ao exame físico. As complicações foram 14 (19%) casos de paresia e/ou paralisia facial, seroma em 10 (13,8%), síndrome de Frey em três (4%), hematoma em dois (2,7%) e infecção de ferida operatória em um (1,5%) caso. **Conclusão: O** tumor de Warthin tem maior incidência no sexo masculino, em tabagistas e localização unilateral predominante na glândula parótida. A parotidectomia superficial com preservação do nervo facial mostrou-se eficaz em 100% casos. As complicações encontradas foram paresias ou paralisias transitórias, seroma, síndrome de Frey, hematoma e infecção de ferida operatória.

Descritores: Adenolinfoma. Glândulas salivares. Neoplasia de glândulas salivares. Região parótida.

INTRODUÇÃO

O tumor de Warthin é uma neoplasia benigna das glândulas salivares, sendo inicialmente relatado em 1929 pelo patologista Aldred Scott Warthin, com predomínio de localização parotídea[1]. O termo tumor de Warthin passou a ser utilizado como sinônimo de cistoadenoma papilífero linfomatoso e de cistoadenolinfoma e adenolinfoma, e assim são encontrados na literatura.

O tumor de Warthin apresenta características peculiares, em virtude de sua fisiopatologia. A teoria mais aceita entre diversos autores é o desenvolvimento do tumor a partir de ductos salivares aprisionadas nos linfonodos intraparotídeos, durante a embriogênese ou de glândulas salivares heterotópicas[2,3]. Outras teorias creditam sua origem à presença de infiltração linfocitária em adenoma pleomórfico pré-existente[4]. Evidências moleculares recentes demonstraram a presença de um componente epitelial policlonal e ausência de perdas alélicas nos clones celulares, sugerindo uma entidade que não é uma neoplasia verdadeira[5].

Estes tumores têm predileção pela glândula parótida, com localização na porção superficial em 90% dos casos. Quando localizado na região parotídea, os linfonodos exibem alterações oncocíticas e papilares e o tumor, quando presente, apresenta diferenciações epiteliais semelhantes às observadas no tumor de Warthin presente nos linfonodos intraparotídeos e ausência de um componente estromal linfóide[6].

Ocorre entre a sexta e sétima décadas de vida, com predomínio no gênero masculino e associação com o tabagismo[7]. O tratamento ideal é a parotidectomia com a dissecção completa do nervo facial e seus ramos, sendo a parotidectomia total preconizada por alguns autores pela multicentricidade do tumor[8].

O objetivo desse estudo é relatar as características clínicas, o tratamento e as complicações.dos tumores de Warthin localizado nas glândulas parótidas.

MÉTODOS

Foram analisados retrospectivamente 83 prontuários médicos de pacientes portadores de cistoadenoma papilífero linfomatoso de glândulas salivares maiores admitidos no Departamento de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Otorrinolaringologia do Hospital Heliópolis – Hosphel, no período de janeiro de 1979 a dezembro de 2007, com informações suficientes para a coleta das variáveis estuda-

Trabalho realizado no Departamento de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Otorrinolaringologia do Hospital Heliópolis – Hosphel – SP-BR.
1. Cirurgião do Departamento de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Otorrinolaringologia do Hospital Heliópolis – Hosphel, São Paulo- SP-BR; 2. Residente do Departamento de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Otorrinolaringologia Hosphel, São Paulo- SP-BR; 3. Chefe do Departamento de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Otorrinolaringologia Hosphel, São Paulo- SP-BR.

das. Foram elegíveis todos os casos submetidos a tratamento cirúrgico e com comprovação histopatológica de tumor de Warthin, totalizando 70 pacientes.

As variáveis analisadas foram: idade, sexo, etnia, presença ou não de tabagismo, sítio primário do tumor, tamanho do tumor em centímetros, presença de bilateralidade, tipo de cirurgia, multicentricidade, complicações do tratamento, presença de recidiva no seguimento e tempo de seguimento.

A análise estatística utilizada no estudo foi descritiva.

RESULTADOS

Na caracterização da casuística observou-se que, 44 (62,8%) casos eram do sexo masculino e 26 (37,2%) feminino. Sessenta e um pacientes eram caucasianos (87%) e nove (13%) eram não caucasianos (13,3%). A média etária do grupo foi de 56,7 anos, variando de 35 a 80 anos. O sítio primário do tumor foi a glândula parótida em todos os casos (Figuras 1 e 2).

Em sessenta e seis pacientes (94,3%) os tumores eram unilaterais e em quatro (5,7%) bilaterais. Três dos quatro pacientes com tumores bilaterais foram submetidos à ressecção, em datas distintas. A distribuição das tumorações entre os sexos foi similar, na proporção de 2:2. O tamanho médio das lesões ao exame clínico foi de 4,1cm no maior diâmetro, com variação de 2 a 10cm no maior diâmetro, sendo que 43 casos (59%) apresentavam lesões de 4 a 6cm. Quanto à cirurgia, um paciente foi submetido à parotidectomia total (tumor de polo profundo) com preservação do nervo facial e as operações restantes foram parotidectomias parciais com preservação do nervo facial. Não foram observadas lesões multicêntricas, durante o ato operatório e no exame histológico em todos os casos.

Cinquenta e cinco pacientes (78,6%) eram tabagistas sendo, 34 homens (61,8%) e 21 mulheres (38,2%) Quarenta e três (63%) parotidectomias evoluíram sem complicações pós-operatórias. A ocorrência de complicações, em freqüência, foram 14 (19%) casos de paresia e/ou paralisia temporária de ramos do nervo facial transitória, seroma em 10 (13,8%), síndrome de Frey em três (4%), hematoma em dois (2,7%) e infecção de ferida operatória em um (1,5%) caso (Tabela 1).

Não foi observada nenhuma recidiva durante o período de seguimento dos casos, que variou de um a 146 meses, com média de 37,4 meses.

DISCUSSÃO

O cistoadenoma papilífero linfomatoso é a segunda neoplasia benigna mais freqüente das glândulas salivares, com incidência de 2% a 6% de todos os tumores da parótida. Ocorre quase em praticamente todos os casos na parótida, sendo que, a presença em outras glândulas salivares é rara e controversa[9]. Eveson e Cawson[10] relataram uma série de 278 casos, sendo 99,2% de localização parotídea e dois na glândula submandibular. Em algumas séries de tumores nas glândulas salivares menores, não foi relatado incidência do tumor de Warthin[10,11].

Sua ocorrência é observada na faixa etária adulta, com maior incidência entre os 58 e 70 anos. Há estudos que apontam incidência dessa neoplasia em menos de 6% dos indivíduos com idade inferior a 40 anos[12]. Para alguns autores, a incidência entre homem e mulher é semelhante, de 1,6:1, enquanto que outros autores relataram predomínio masculino, numa proporção de 5:1 casos[8,13]. Aproximadamente 5% dos casos têm apresentação bilateral, chegando a 10%, e em 10% a 15% apresenta

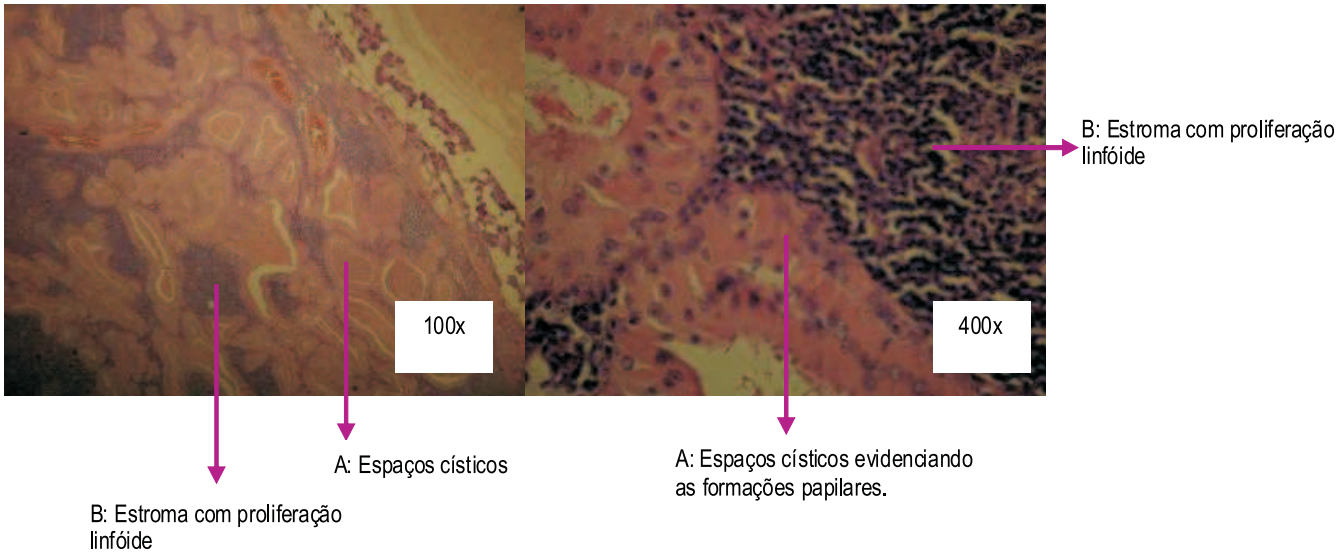

Figura 1 - *Corte histológico representando o epitélio do tumor de Warthin formando espaços císticos com papilas (A) e o estroma com tecido linfóide (B) através da coloração de HE (hematoxilina-eosina).*

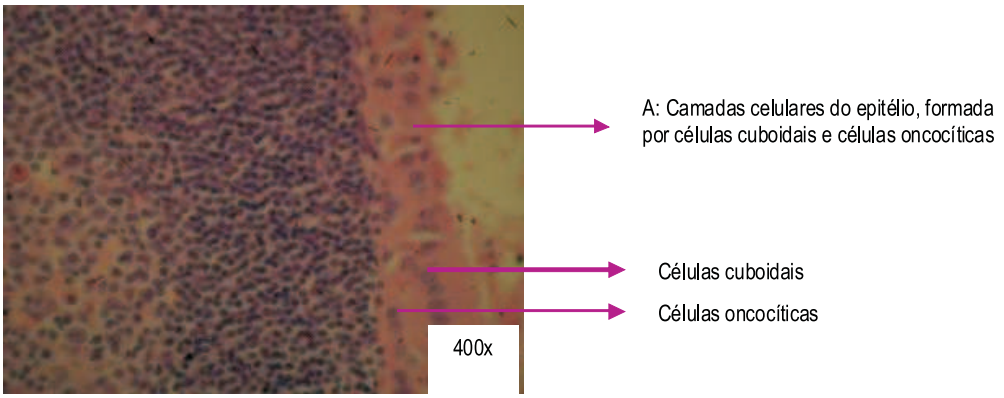

Figura 2 - *Corte histológico representando as camadas celulares do epitélio do tumor de Warthin formando espaços císticos com papilas (A).*

Tabela 1 - Distribuição das complicações pós-operatórias.

	n	%
Paralisia/paresia facial	14	19,2%
Seroma	10	13,7%
Síndrome de Frey	3	4,0%
Hematoma	2	2,7%
Infecção ferida operatória	1	1,4%
Sem complicações	43	59%
Total	73	100%

n = 73 parotidectomias.

manifestação clínica multicêntrica[10]. A multicentricidade é observada com maior freqüência no tumor de Warthin, em relação a outras neoplasias das glândulas salivares, argumentos a favor de um desenvolvimento coincidente de mais de um tumor no interior dos linfonodos[14].

O tumor de Warthin, usualmente, é uma lesão nodular indolor ou pouco dolorosa, sendo que o paciente pode relatar zumbidos, dor na orelha e até surdez. O tamanho é variável, de poucos milímetros a centímetros, com média de 2 a 4cm de diâmetro, com localização preferencial no pólo inferior da glândula (no ângulo da mandíbula). De acordo com um estudo de 278 tumores, 56% tinham de 1 a 3cm no maior diâmetro, 40% de 4 a 6cm e um caso com diâmetro superior a 10cm[9].

O tratamento ideal é a parotidectomia com margem de segurança, com a finalidade de prevenção de potencial recidiva e em decorrência da alta incidência de multicentricidade. É de importância salientar que há relato de baixa incidência de recidivas que podem desenvolver após o primeiro, terceiro chegando até o décimo ano após a ressecção [10]. Há autores que preconizam retornos ambulatoriais periódicos semestrais no pós-operatório, durante 10 anos, com a finalidade de diagnóstico de recidiva e/ou transformação maligna. A parotidectomia total é tratamento advogado por alguns autores, em virtude de índices de recidiva de 25% após a parotidectomia superficial[15]. Acreditamos que a precaução de seguimento regular com objetivo de diagnóstico precoce de recidiva e transformação maligna é válida nos casos de tumor de Warthin associados a outras neoplasias com potencial comprovado de malignização, tal como o adenoma pleomórfico presente na mesma glândula e tratado na mesma ocasião. Advogamos a parotidectomia superficial como procedimento ideal e mínimo e não preconizamos o retorno periódico dos pacientes operados, salvo em situações como a descrita ou quando há associação do tumor de Warthin com neoplasias malignas das glândulas salivares.

Perante a ressecção cirúrgica de um tumor de Warthin, as complicações devem ser incomuns e com baixa frequência, inclusive algumas complicações consideradas de menor importância, tais como, paresia do lóbulo da orelha decorrente de manipulação e/ou secção do ramo auricular magno do plexo cervical superficial. O nervo auricular magno no seu trajeto em direção ao lóbulo do pavilhão auricular pode passar através do tumor, dificultando a dissecção. Outra complicação de menor importância é a alteração do contorno facial, em virtude da ressecção de grande parte da glândula parotídea.

A síndrome de Frey pode ser considerada como uma seqüela esperada na realização da parotidectomia, com aparecimento em poucos meses até anos após a cirurgia, em virtude da secção do nervo auriculotemporal, que é acompanhado no seu trajeto por ramos parassimpáticos e simpáticos, também seccionados, durante o procedimento. A hipótese mais aceita é a reinervação anômala das glândulas sudoríparas da pele na região da orelha externa, glândula lacrimal e mucosa nasal por ramos parassimpáticos que, perante estímulo gustatório, apresenta hiperemia e hiperhidrose na área operada. Clinicamente, é observada em 35% a 70% das parotidectomias com dissecção do nervo facial, sendo presente em praticamente 100% dos casos na aplicação do teste com iodo. O conhecimento pré-operatório do paciente e um manejo pós-operatório facilitado, considerando-se a fisiopatologia do evento, poderão minimizá-lo com a adoção de medidas cirúrgicas e preventivas, tais como a utilização de antiperspirantes na área afetada.

Os hematomas, infecções e seromas são complicações potencialmente evitáveis e podem ser consideradas como

verdadeiras perante as parotidectomias. A cirurgia da parótida, assim como das demais glândulas salivares maiores, deve obedecer princípios rigorosos de hemostasia no campo cirúrgico, facilitando a identificação dos ramos do nervo facial. Na abordagem do pólo profundo, hemostasia cuidadosa do plexo pterigoideo que pode ser responsável por sangramentos de maior volume. Na revisão do campo cirúrgico, ao final do procedimento, deve-se proceder a lavagem com solução salina para a remoção dos coágulos. Além desses cuidados, atenção aos parâmetros de pressão arterial do paciente, que deverão ser elevados ao final do procedimento.

A incidência de seroma nessa casuística merece considerações, em virtude de sua ocorrência em 10 casos (13,7%). Tradicionalmente, as parotidectomias são drenadas com utilização de dreno de Penrose associadas ao curativo compressivo local por enfaixamento com atadura de fita crepe elástica. Como norma geral no nosso serviço, após a retirada do dreno de Penrose, o curativo é mantido por 24 horas e o paciente, em várias situações, tem alta hospitalar com curativo. Rotineiramente, os drenos são mantidos até o segundo dia de pós-operatório. Nas ressecções das lesões de maior tamanho, nos últimos 10 anos, dá-se preferência à utilização de drenos de aspiração contínua. A permanência do dreno é obrigatória até a redução do débito inferior a 15 a 20ml, em média, entre o segundo e o terceiro dia de pós-operatório. Podemos creditar a elevada incidência de seroma à retirada precoce de dreno e/ou ausência de curativo compressivo por enfaixamento após a retirada do dreno. Todavia, na retirada do dreno no momento ideal, de acordo com o débito, a eficácia do curativo compressivo pode ser questionada. Outra medida seria a adoção rotineira de drenagem do campo cirúrgico com dreno de aspiração contínua.

Na presença de acúmulo de líquido sob o retalho, deve-se proceder à punção com agulha e envio do material ao laboratório para dosagem de amilase. Após a punção, faz-se necessário o curativo por enfaixamento com atadura de fita crepe elástica. Geralmente, necessita-se de mais de uma punção para resolução do seroma.

O rigor nos cuidados à drenagem e/ou ao curativo são essenciais, com a finalidade de evitar complicações perante uma ressecção para doença benigna, feita usualmente em pacientes adultos jovens e realizadas num hospital terciário.

A paralisia/paresia do nervo facial tem impacto funcional e emocional significativo nos pacientes submetidos à parotidectomia. Os relatos principais são ptose, disfagia, dificuldade para mastigar e xeroftalmia, além de exclusão social decorrente das seqüelas estéticas. A incidência depende de alguns fatores, incluindo-se a intensidade na aplicabilidade do médico para identificação de mínimos déficits motores no pós-operatório. Algumas séries reportam paralisia facial temporária em 16% a 47% e paralisia facial definitiva em zero a 9% das parotidectomias[16,17]. A paralisia de um ou mais ramos do nervo facial é mais comum durante a realização da parotidectomia total. Na presença de paralisia, o nervo marginal é o de maior acometimento, sendo o tempo esperado de recuperação completa pós-operatória de dois a três meses. Um estudo de variáveis relacionadas à paralisia do nervo facial, tais como a idade do paciente, sexo, tipo de ressecção, duração da operação, patologia da lesão e tamanho da lesão, demonstrou que a idade foi a variável associada à maior incidência de paralisia. Quando relacionados os casos de paralisia do nervo facial com a experiência do cirurgião, não foi demonstrada correlação[17].

Tradicionalmente, o cirurgião baseia-se no conhecimento anatômico, na experiência clínica e na técnica operatória para identificação e preservação do nervo facial durante a parotidectomia. Nos últimos anos, a monitorização intraoperatória demonstrou índices inferiores de paralisia temporária quando comparado aos casos não submetidos a monitorização do nervo[18]. Todavia, a monitorização intra-operatória do nervo facial tem indicações definidas e não creditamos sua utilização como necessária, com a finalidade de reduzir o número de paresias/paralisias, além da nossa indisponibilidade de utilizar este tipo de monitorização ..

Concluímos que o tumor de Warthin tem maior incidência no sexo masculino, em tabagistas e localização unilateral predominante na glândula parótida. A parotidectomia superficial com preservação do nervo facial mostrou-se eficaz em 100% casos. As complicações encontradas foram paresias ou paralisias transitórias, seroma, síndrome de Frey, hematoma e infecção de ferida operatória.

ABSTRACT

***Objective**: To report the clinical characteristics, treatment and complication of Warthin tumors. **Methods**: we conducted a retrospective study of 70 patients undergoing resection of papillary lymphomatous cystadenoma. Variables: age, sex, ethnicity, presence or absence of smoking, primary site of tumor, tumor size in cm, presence of bilateral tumor, type of operation, multicentricity, treatment complications, recurrence and follow up. **Results**: Forty-four patients (62.8%) were male and 26 (37.2%) female, with a mean age of 56.7; smoking was present in 55 (78.6%) patients; 66 (94.3%) tumors were unilateral and four (5.7%) bilateral, with an average size of 4.1 cm on physical examination. The complications were 14 (19%) cases of facial paresis and / or paralysis, seroma in 10 (13.8%), Frey's syndrome in three (4%), hematoma in two (2.7%) and wound infection in one (1.5%) case. **Conclusions**: Warthin tumors have a higher incidence in male smokers and predominantly unilateral location of the parotid gland. Superficial parotidectomy with preservation of facial nerve was effective in 100% cases. Complications were transient paresis or paralysis, seroma, Frey syndrome, hematoma and wound infection.*

***Key words:** Adenolymphoma. Salivary gland. Salivary gland neoplasm. Parotid region.*

REFERÊNCIAS

1. Warthin AS. Papillary cystadenoma lymphomatosum. A rare teratoid of the parotid region. J Cancer Res 1929; 13:116-25.
2. Chapnik JS. The controversy of Warthin's tumor. Laryngoscope 1983; 93(6):695-716.
3. Thompson AS, Bryant HC Jr. Histogenesis of papillary cystadenoma lymphomatosum (Warthin tumor) of the parotid salivary gland. Am J Pathol 1950; 26(5):807-49.
4. Barnes L, Eveson JW, Reichart P, Sidransky D, editors. World Health Organization classification of tumors. Lyon: IARC Press; 2005. Pathology and genetics, head and neck tumours; p.209-81.
5. Arida M, Barnes EL, Hunt JL. Molecular assessment of allelic loss in Warthin tumors. Mod Pathol 2005; 18(7):964-8.
6. Faur A, Lazăr E, Cornianu M, Dema A, Vidita CG, Gălu°can A. Warthin tumor: a curious entity—case report and review of literature. Rom J Morphol Embryol 2009; 50(2):269-73.
7. Yoo GH, Eisele DW, Askin FB, Driben JS, Johns ME. Warthin's tumor: a 40-year experience at The Johns Hopkins Hospital. Laryngoscope 1994; 104(7):799-803.
8. Heller KS, Attie JN. Treatment of Warthin's tumor by enucleation. Am J Surg 1988; 156(4):294-6.
9. Párraga-Linares L, Aguirre-Urízar JM, Berini-Aytés L, Gay-Escoda C. Papillary cystoadenoma lymphomatosum (Warthin-like) of minor salivary glands. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2009; 14(11):e597-600.
10. Eveson JW, Cawson RA. Warthin's tumor (cystadenolymphoma) of salivary glands. A clinicopathologic investigation of 278 cases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1986; 61(3):256-62.
11. Jaber MA. Intraoral minor salivary gland tumors: a review of 75 cases in a Libyan population. Int J Oral Maxillofac Surg 2006; 35(2):150-4.
12. Yih WY, Kratochvil FJ, Stewart JC. Intraoral minor salivary gland neoplasms: review of 213 cases. J Oral Maxillofac Surg 2005; 63(6):805-10.
13. Ellis GL, Auclair PL. Atlas of Tumor Pathology. Washington: Armed Forces Institute of Pathology; 2007. Tumors of the salivary glands. p.1-30.
14. Aguirre JM, Echebarría MA, Martínez-Conde R, Rodriguez C, Burgos JJ, Rivera JM. Warthin tumor. A new hypothesis concerning its development. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1998; 85(1):60-3.
15. Yu GY, Liu XB, Li ZL, Peng X. Smoking and the development of Warthin's tumour of the parotid gland. Br J Oral Maxillofac Surg 1998; 36(3):183-5.
16. Gant TD, Hovey LM, Williams C. Surgical management of parotid gland tumors. Ann Plast Surg 1981; 6(5):389-92.
17. Langdon JD. Complications of parotid gland surgery. J Maxillofac Surg 1984; 12(5):225-9.
18. Mra Z, Komisar A, Blaugrund SM. Functional facial nerve weakness after surgery for benign parotid tumors: a multivariate statistical analysis. Head Neck 1993; 15(2):147-52.

Recebido em 08/02/2010
Aceito para publicação em 12/04/2010
Conflito de interesse: nenhum
Fonte de financiamento: nenhuma

Como citar este artigo:
Chedid HM, Rapoport A, Aikawa KF, Menezes AS, Curioni AO. Tumor de Warthin da glândula parótida: estudo de 70 casos. Rev Col Bras Cir. [periódico na Internet] 2011; 38(2). Disponível em URL: http://www.scielo.br/rcbc

Endereço para correspondência:
ABRÃO RAPOPORT
E-mail: arapoport@terra.com.br