



## Clínica cotidiana

# Tumor de Warthin como causa de masa parotídea

Lemis Ineldo Dueñas Rosquete<sup>a,\*</sup>, Óscar Norberto García-Roco Pérez<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Centro de Salud Cueva Torres. Las Palmas de Gran Canaria. <sup>b</sup>Centro de Salud Barrio Atlántico. Las Palmas de Gran Canaria.

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

#### Historia del artículo:

Recibido el 11 de diciembre de 2025

Aceptado el 9 de enero de 2026

On-line el 19 de mayo de 2026

#### Palabras clave:

Tumor de Warthin

Glándula parotídea

Masa cervical

Ecografía clínica

#### Keywords:

Warthin's tumor

Parotid gland

Cervical mass

Clinical ultrasound

### R E S U M E N

Las tumoraciones de glándulas salivales representan un desafío diagnóstico para el médico de familia debido a su baja frecuencia y a la amplitud del diagnóstico diferencial, que incluye procesos inflamatorios, obstructivos y neoplásicos, tanto benignos como malignos. El tumor de Warthin (cistoadenoma papilar linfomatoso) constituye entre el 10 y el 15 % de los tumores parotídeos, y su presentación es más frecuente en varones de edad avanzada aunque, con los estudios recientes, la diferencia en la proporción de sexos está disminuyendo. En atención primaria, una valoración clínica estructurada, junto con el uso de la ecografía clínica, permite orientar adecuadamente la lesión, identificar signos de alarma y priorizar la derivación. La confirmación diagnóstica se realiza mediante punción-aspiración con aguja fina (PAAF), que presenta una alta precisión en la diferenciación entre tumores benignos y malignos. El tratamiento de elección suele ser la exéresis quirúrgica por su crecimiento progresivo y para asegurar el diagnóstico histológico definitivo.

© 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por E-Medfarma 2020, S.L.

### Warthin's tumor as a cause of parotid mass

### A B S T R A C T

Salivary gland tumors represent a diagnostic challenge for the family doctor due to their low frequency and the broad differential diagnosis, which includes inflammatory, obstructive, and neoplastic processes, both benign and malignant. Warthin's tumor (lymphoepithelial cystadenoma) accounts for between 10 and 15 % of parotid tumors, and it is more commonly seen in older men, although recent studies show that the difference in sex distribution is decreasing. In Primary Care, a structured clinical assessment, along with the use of clinical ultrasound, allows for proper guidance of the lesion, identification of warning signs, and prioritization of referral. Diagnostic confirmation is performed through fine-needle aspiration (FNA), which has high accuracy in differentiating between benign and malignant tumors. The treatment of choice is usually surgical excision due to progressive growth and to ensure a definitive histological diagnosis.

© 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Published by E-Medfarma 2020, S.L.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [ferlemis22@yahoo.es](mailto:ferlemis22@yahoo.es) (L. Dueñas Rosquete).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2026.S1.065>

2254-5506 / © 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

## Derscripción del caso clínico

Paciente varón de 73 años, con antecedentes de hipertensión arterial, hiperplasia benigna de próstata y fibrilación auricular anticoagulado con apixabán. Acude a consulta por aumento de volumen en el lado derecho de la cara, de más de 1 año de evolución, con crecimiento marcado en los últimos meses. Refiere molestias leves con la masticación, sin dolor significativo ni síntomas constitucionales asociados.

En la exploración física, se identifica una tumoración en la región parotídea derecha, de aproximadamente 4-5 cm, poco movable, de bordes lisos, consistencia blanda y no dolorosa. No se aprecia afectación del nervio facial ni adenopatías cervicales palpables.

Se realiza ecografía en consulta, que muestra una formación nodular sólida con áreas de degeneración quística en parótida derecha, de 43 × 24 × 64 mm, de contornos bien delimitados y aspecto heterogéneo. Por lo que solicitamos PAAF para confirmar diagnóstico. Dada la evolución, el tamaño y la naturaleza tumoral de la lesión, se decide la derivación a Cirugía Maxilofacial.

En el hospital solicitan tomografía axial de glándulas salivales, donde se identifica una masa homogénea e hiperdensa, dependiente del polo inferior de la parótida derecha, de 6 × 4,5 × 3 cm, sin poder diferenciar entre tumor de Warthin y linfoma. Se confirma diagnóstico mediante PAAF compatible con tumor de Warthin. El paciente es intervenido quirúrgicamente mediante tumorectomía parotídea, preservando el nervio facial y sin complicaciones. La biopsia ratifica el diagnóstico sin signos de malignidad. La evolución postquirúrgica es favorable, sin dolor residual y sin alteraciones funcionales en los controles posteriores.

## Comentario

El tumor de Warthin constituye entre el 10 y 15 % de los tumores parotídeos siendo la segunda neoplasia más frecuente, des-

pués del adenoma pleomórfico, en la glándula salival y su presentación es más frecuente en varones de edad avanzada. Su etiología no se ha establecido completamente pero se relaciona con factores que incluyen infección por virus de Epstein-Barr, tabaquismo, enfermedades autoinmunes, radiación ionizante e inflamación crónica<sup>1,2</sup>.

Clínicamente se presenta como un nódulo redondeado u ovoide, indoloro, de crecimiento lento, fluctuante y firme a la palpación. Puede ser unilateral, bilateral solo entre un 4-15 % de los pacientes o multifocales en una misma glándula en el 20 % de los casos, y es asintomático en el 90 % de los casos. El tamaño puede variar siendo en promedio de 2 a 4 cm. Según un estudio, el 56 % de los tumores de Warthin medían de 1 a 3 cm, y el 40 % medían de 4 a 6 cm<sup>3</sup>.

Existen hallazgos que pueden sugerir comportamiento atípico y que nos deben hacer pensar en una mal pronóstico como son: crecimiento rápido y sostenido, dolor o parálisis facial, cambios sólidos sospechosos en ecografías o afectación ganglionar o infiltración tisular (muy raro en Warthin)<sup>4</sup>.

La ecografía clínica constituye una herramienta útil en atención primaria para caracterizar lesiones parotídeas por su fácil accesibilidad. En los tumores de Warthin, el estudio ecográfico revela una masa bien definida con múltiples áreas anecoicas o una masa anecoica, con aumento acústico posterior en el polo inferior de la glándula parótida. Sin embargo, el patrón puede variar y puede ocurrir un crecimiento rápido secundario a procesos infecciosos. En algunos casos podemos encontrar múltiples septos y el grosor del líquido intratumoral produce un patrón ecogénico heterogéneo<sup>5,6</sup>.

El diagnóstico ecográfico diferencial debe incluir otras tumoraciones como son: adenoma pleomorfo, tumores malignos como carcinoma mucoepidermoide o adenocarcinoma, linfomas, y sialoadenitis crónica, con o sin litiasis, que suele cursar con dolor y episodios inflamatorios<sup>7</sup>.

Las características clínicas y ecográficas de estas patologías, a tener en cuenta a la hora del diagnóstico se muestran en la [tabla 1](#).

La PAAF es determinante para el diagnóstico definitivo y evita cirugías innecesarias. Los hallazgos microscópicos son: porciones variables de estructuras papilares-císticas

**Tabla 1 – Diagnósticos diferenciales del tumor de Warthin.**

Tumoración	Características clínicas	Hallazgos ecográficos
Adenoma pleomorfo	Masa parotídea de crecimiento lento, indolora; si su evolución es prolongada tiene riesgo de malignización	Lesión sólida homogénea, bien delimitada
Carcinoma mucoepidermoide	Masa de crecimiento progresivo, posible afectación del facial; es el tumor maligno más frecuente de glándulas salivares	Heterogeneidad, bordes irregulares, invasión
Linfoma	Masa firme con posible asociación a síntomas B, asociado a pacientes con síndrome de Sjögren	Lesión homogénea hipodensa, hipocogénica
Sialoadenitis crónica/litiasis	Dolor fluctuante asociado a comidas con una clínica muy variable de dolor e inflamación local	Dilatación ductal, litiasis hiperecogénica
Quiste parotídeo	Masa blanda y fluctuante sin componente sólido a la palpación	Lesión anecoica, bien delimitada
Oncocitoma	Masa firme bien delimitada, con gran similitud al tumor de Warthin	Lesión sólida homogénea
Metástasis intraparotídeas	Antecedente de tumor cutáneo o alteraciones dermatológicas	Lesión irregular, ganglios intraparotídeos
Absceso parotídeo	Dolor, signos inflamatorios, fiebre con un curso agudo.	Colección hipococica con niveles

revestidas por células epiteliales oncocíticas y un estroma linfoide con centros germinales. El componente epitelial está formado por células columnares internas y células cúbicas externas. Algunos focos de células mucosas, ciliadas, sebáceas y escamosas pueden estar presentes en los tumores de Warthin. En algunos casos se puede observar una reacción granulomatosa<sup>8</sup>.

El tratamiento óptimo del tumor de Warthin es la exéresis quirúrgica, de fácil realización por la ubicación superficial del tumor. La mejor opción de tratamiento para el tumor ubicado en el lóbulo profundo es la parotidectomía profunda y la confirmación de los nervios faciales. con tasas bajas de recurrencia y excelente pronóstico funcional. Preservar el nervio facial es un objetivo esencial dada la localización de la lesión. En la actualidad es aceptado en pacientes añosos o con comorbilidades, el manejo conservador cada vez con mayor frecuencia<sup>9,10</sup>.

El tumor de Warthin presenta un comportamiento indolente, con una tasa de mortalidad prácticamente nula y una tasa de malignización extremadamente baja de menos del 0,1 %, cuando esto ocurre evoluciona a carcinomas o linfomas. Tras la resección quirúrgica la recurrencia es muy infrecuente solo entre el 1-6 % de los casos y la mayoría obedece a multifocalidad o que existen lesiones sincrónicas o metacrónicas en la glándula. Se recomienda realizar seguimiento clínico y ecográfico entre 6 y 12 meses<sup>11,12</sup>.

---

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### BIBLIOGRAFÍA

---

1. StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 Jan-. Warthin Tumor Faten Limaiem; Prachi Jain. Last Update: May 4, 2020.
2. Psychogios G, Vlastos I, Thölken R, Zenk J. Warthin's tumour seems to be the most common benign neoplasm of the parotid gland in Germany. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2020;277(7):2081-4.
3. Párraga-Linares L, Aguirre-Urizar 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):597-600.
4. Lim CY, Ma L, Lo CY. Warthin's tumour: Presentation, diagnosis and management. *ANZ J Surg.* 2018;88(10):1065-9.
5. Toner M, O'Regan E. Ultrasound appearances of Warthin tumors. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2011;112(1):e30-5.
6. Kim DW. Sonographic features of Warthin tumor in major salivary glands. *Acta Radiol.* 2017;58(2):232-7.
7. Matsuda E, Fukuhara T, Donishi R, Kawamoto K, Hirooka Y, Takeuchi H. Usefulness of a novel ultrasonographic classification based on anechoic area patterns for differentiating Warthin tumors from pleomorphic adenomas of the parotid gland. *Yonago Acta Med.* 2018;60(4):220-6.
8. British Association of Oral and Maxillofacial Surgeons. Salivary gland tumour guidelines. 2020.
9. Schmidt RL, Hall BJ, Wilson AR, Layfield LJ. Diagnostic accuracy of PAFF for parotid lesions. *Am J Clin Pathol.* 2011;136(1):45-59.
10. WHO Classification of tumours: Pathology and genetics of head and neck tumours. IARC Press; 2005.
11. Himi T, Okamoto M, Yuguchi S, Kataura A. Multifocal Warthin's tumors of the parotid gland. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 1999;256(5):242-4.
12. Liao YC, Yang TL, et al. Natural history and long-term outcomes of Warthin tumor under observation. *Oral Oncol.* 2020;101:104506.