

## ARTÍCULO ORIGINAL

### SEGUIMIENTO ACTIVO COMO ACTITUD INICIAL EN TUMORES BENIGNOS DE PARÓTIDA: ESTUDIO OBSERVACIONAL RETROSPECTIVO

#### *Active Follow-Up as an Initial Management Strategy: A Retrospective Observational Study*

Ignacio CEREZO-ARIAS<sup>1</sup> ; Antonio RODRÍGUEZ-VALIENTE<sup>2</sup> ; Jose María VERDAGUER-MUÑOZ<sup>2</sup> ; Patricia GARCÍA-VICENTE<sup>3</sup> ; José Ramón GARCÍA-BERROCAL<sup>2</sup> 

<sup>1</sup> SACYL. Hospital Universitario Clínico de Valladolid (HUCV). Servicio de Otorrinolaringología. Valladolid. España

<sup>2</sup> SERMAS. Hospital Universitario Puerta de Hierro (HUPH). Servicio de Otorrinolaringología. Majadahonda, Madrid. España

<sup>3</sup> SERMAS. Hospital Universitario Severo Ochoa. Servicio de Otorrinolaringología. Leganés, Madrid. España

Correspondencia: [mir24.ignacio@gmail.com](mailto:mir24.ignacio@gmail.com)

Fecha de recepción: 16 de abril de 2026

Fecha de aceptación: 14 de junio de 2026

Fecha de publicación: 15 de julio de 2026

Fecha de publicación del fascículo: pendiente de publicación

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de intereses

Imágenes: Los autores declaran haber obtenido las imágenes con el permiso de los pacientes

Política de derechos y autoarchivo: se permite el autoarchivo de la versión post-print (SHERPA/RoMEO)

Licencia CC BY-NC-SA permite modificar y adaptar la obra, siempre que se cite al autor, no haya fines comerciales y el resultado se comparta bajo esta misma licencia

Universidad de Salamanca. Su comercialización está sujeta al permiso del editor

**RESUMEN:** Introducción-objetivo: El adenoma pleomorfo es el tumor más frecuente, encontrándose principalmente en mujeres entre los 30-50 años y presentando un riesgo de malignización del 9,5 % a los 15 años. El tumor de Warthin es el segundo en frecuencia (aunque su incidencia está en aumento), con predilección por hombres de avanzada edad y una transformación maligna infrecuente. El tratamiento de elección en ambos sigue siendo la cirugía, pretendiendo estudiar con este trabajo en qué casos podría optarse por el seguimiento activo desde el inicio. Análisis de los pacientes con tumores benignos de parótida en seguimiento activo, describiendo los distintos periodos de seguimiento, las malignizaciones y/o recurrencias y valorando su seguridad. Método: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de 59

pacientes con tumores de parótida tratados y seguidos en el Hospital Universitario Puerta de Hierro. Se analizaron variables de interés relacionadas con la clínica, el diagnóstico y el seguimiento. Resultados: Se encontraron diferencias estadísticamente significativas según la edad ( $K-W < 0,02$ ) y la sintomatología al diagnóstico ( $\chi^2 p < 0,05$ ) y el tipo de tumor. Se encontró una buena concordancia global entre las pruebas complementarias diagnósticas empleadas ( $k=0,716$ ). Se optó mayoritariamente por cirugía, contando con 17 pacientes en seguimiento como actitud inicial. Uno de los casos en los que se optó por seguimiento, tras 63 meses y un diagnóstico inicial de TW, requirió cirugía con un diagnóstico final de carcinoma de células acinares. Discusión-conclusiones: el seguimiento activo puede considerarse como una opción válida si el diagnóstico mediante resonancia magnética y punción-aspiración con aguja fina es de tumor de Warthin, siempre que se trate de un seguimiento periódico y activo.

**PALABRAS CLAVE:** tumores benignos de parótida; seguimiento activo; tumor de Warthin; adenoma pleomorfo; punción aspiración con aguja fina; resonancia magnética

**SUMMARY:** Introduction-objective: Pleomorphic adenoma is the most frequent tumor, found mainly in women between 30-50 years of age and presenting a risk of malignancy of 9.5 % at 15 years. Warthin's tumor is the second most frequent (although its incidence is increasing), with a predilection for older men and infrequent malignant transformation. The treatment of choice in both is still surgery, and the aim of this project is to study in which cases active follow-up could be chosen from the beginning. Analysis of patients with benign parotid tumors under active follow up, describing the different follow-up periods, malignancies and/or recurrences and assessing their safety. Method: Observational, descriptive and retrospective study of 59 patients with parotid tumors treated and followed up at the Hospital Universitario Puerta de Hierro. The analyzed variables of interest were the ones related to the clinic, diagnosis and follow-up. Results: Statistically significant differences were found according to age ( $K-W p < 0.02$ ), presenting symptoms at diagnosis ( $\chi^2 p < 0.05$ ), and tumor type. Good overall agreement was observed among the diagnostic complementary tests used ( $\kappa=0.716$ ). Surgery was the most commonly chosen approach, while 17 patients were initially managed with follow-up. One of the cases initially managed with follow-up, with a preliminary diagnosis of Warthin tumor, required surgery after 63 months, with a final diagnosis of acinic cell carcinoma. Discussion-conclusions: active follow-up may be considered as a valid option if the diagnosis by magnetic resonance and thin needle aspiration is Warthin's tumor, provided it is a periodic and active follow-up.

**KEYWORDS:** benign parotid tumors; active follow-up; Warthin tumor; pleomorphic adenoma; fine-needle aspiration cytology; magnetic resonance imaging

## INTRODUCCIÓN

Los tumores de la glándula parótida representan aproximadamente el 3-5 % de los tumores de cabeza y cuello y constituyen la localización más frecuente de los tumores de glándulas salivales [1-3]. Aproximadamente el 80 % son benignos, aunque algunos presentan riesgo de recurrencia o transformación maligna, siendo fundamental un diagnóstico y manejo adecuados [2, 4, 5]. El adenoma pleomorfo (AdPl) es el tumor más frecuente seguido del tumor de Warthin (TW).

El AdPl predomina en mujeres de mediana edad (30-50 años), con un riesgo de transformación maligna descrito de hasta un 10 % y con tendencia a la recurrencia postquirúrgica [4, 5, 7]. Por el contrario, el TW suele afectar a hombres de edad media o avanzada, está relacionado con el tabaquismo y raramente maligniza (<1 %) [2, 8, 9].

A pesar de que la cirugía continúa siendo el tratamiento estándar [6], el creciente conocimiento del comportamiento biológico de determinados tumores benignos, especialmente del TW, ha suscitado interés por estrategias conservadoras en

pacientes seleccionados. Sin embargo, la evidencia disponible sobre qué pacientes podrían beneficiarse de esta actitud expectante sigue siendo limitada.

Por ello, el objetivo principal de este trabajo es evaluar si el seguimiento clínico-radiológico podría considerarse una alternativa inicial segura frente a la cirugía en función de las características del tumor y del paciente. Como objetivos secundarios, analizar la características clínicas y tumorales, y comparar los resultados entre las pruebas complementarias diagnósticas empleadas.

Planteamos, según características clínicas y tumorales específicas, que el seguimiento clínico-radiológico en pacientes seleccionados puede considerarse como una alternativa inicial a la cirugía.

## MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo en el Servicio de Otorrinolaringología del HUPH de Majadahonda, previa aprobación por el Comité de Ética de la Investigación del centro (código PI: 44/23).

Se incluyeron a todos los pacientes diagnosticados de tumoración parotídea y atendidos en consultas externas entre enero de 2018 y enero de 2024 (acceso únicamente a las agendas de las consultas de esos años). No se excluyó a ningún paciente con tumoración parotídea. No se realizó cálculo previo del tamaño muestral, incluyéndose de forma consecutiva la totalidad de los casos disponibles durante el periodo de estudio.

La información se obtuvo mediante revisión retrospectiva de las historias clínicas electrónicas. Se recogieron variables demográficas (edad y sexo), variables clínicas (lateralidad y sintomatología), características tumorales (tamaño), resultados de las pruebas diagnósticas realizadas (resonancia magnética (RM) y punción aspiración con aguja fina (PAAF)), actitud terapéutica inicial (cirugía, tratamiento oncológico o seguimiento clínico-radiológico (definido como revisiones periódicas en consultas externas cada 6-12 meses, con realización de RM cada 24-48 meses aproximadamente)),

diagnóstico histológico definitivo (pacientes operados) y cambios clínico-radiológicos durante el seguimiento (crecimiento tumoral objetivado clínica o radiológicamente y/o hallazgos sugestivos de malignidad). La evolución clínica se analizó tanto en los pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico como en aquellos manejados mediante seguimiento clínico-radiológico.

El análisis estadístico se realizó mediante SPSS v25, describiendo variables cualitativas en porcentajes y cuantitativas mediante media y desviación estándar o mediana y rango intercuartílico (RIC). La normalidad se evaluó con Kolmogórov-Smirnov (K-S). Para el análisis comparativo se utilizaron Chi-cuadrado y Kappa de Cohen en variables cualitativas, U de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis en variables cuantitativas. Para el análisis de malignización se utilizó Kaplan-Meier (K-M).

Se consideró estadísticamente significativo un valor de  $p < 0,05$ .

## RESULTADOS

El estudio incluyó 59 pacientes con tumores de parótida: 49,2 % hombres y 50,8 % mujeres, con edad media de  $58,1 \pm 14,29$  años (RIC 15–80). La edad media fue  $64,72 \pm 11,82$  años en TW,  $53,04 \pm 16,34$  en AdPl y  $62,5 \pm 6,28$  en carcinomas, con diferencias significativas (K-W  $p < 0,02$ ) (Figura 1). El TW predominó en hombres (48 %) y el AdPl en mujeres (56,5 %); mientras los tumores malignos ocurrieron mayoritariamente en varones (66,7 %), sin diferencias significativas ( $\chi^2 p > 0,05$ ) (Figura 2).

El motivo de consulta más frecuente fue tumoración parotídea; un 13,6 % fueron hallazgos incidentales. La mediana de evolución clínica fue de 8 meses (RIC 4–18):  $< 2$  años en el 84,1 %, 6–8 años en el 9,1 % y hasta 15 años en el 6,8 %. La localización predominante fue izquierda (49,2 %), encontrándose bilateralidad en el 10,2 % (5 TW, 1 AdPl). El tamaño medio tumoral fue  $23,44 \pm 10,37$  mm (RIC 6–66), sin diferencias significativas entre los tipos tumorales (K.W.  $p > 0,05$ ). Entre los pacientes con dolor, el 66,6 % refirió molestia, 16,6 %

SEGUIMIENTO ACTIVO COMO ACTITUD INICIAL EN TUMORES BENIGNOS DE PARÓTIDA:  
ESTUDIO OBSERVACIONAL RETROSPECTIVO  
CEREZO-ARIAS I, RODRÍGUEZ-VALIENTE A, VERDAGUER-MUÑOZ JM ET AL.

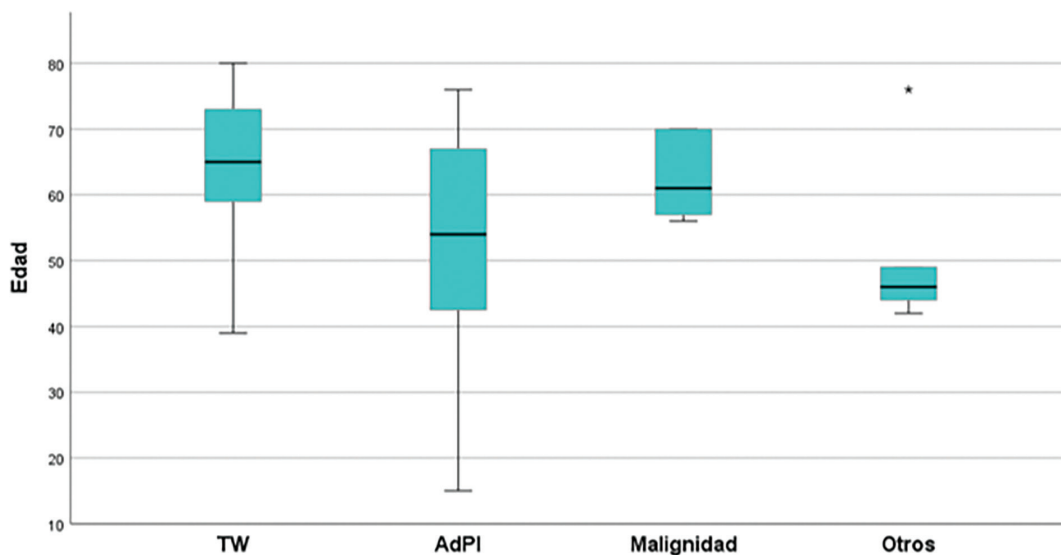


Figura 1. Asociación entre edad y tipo de tumor

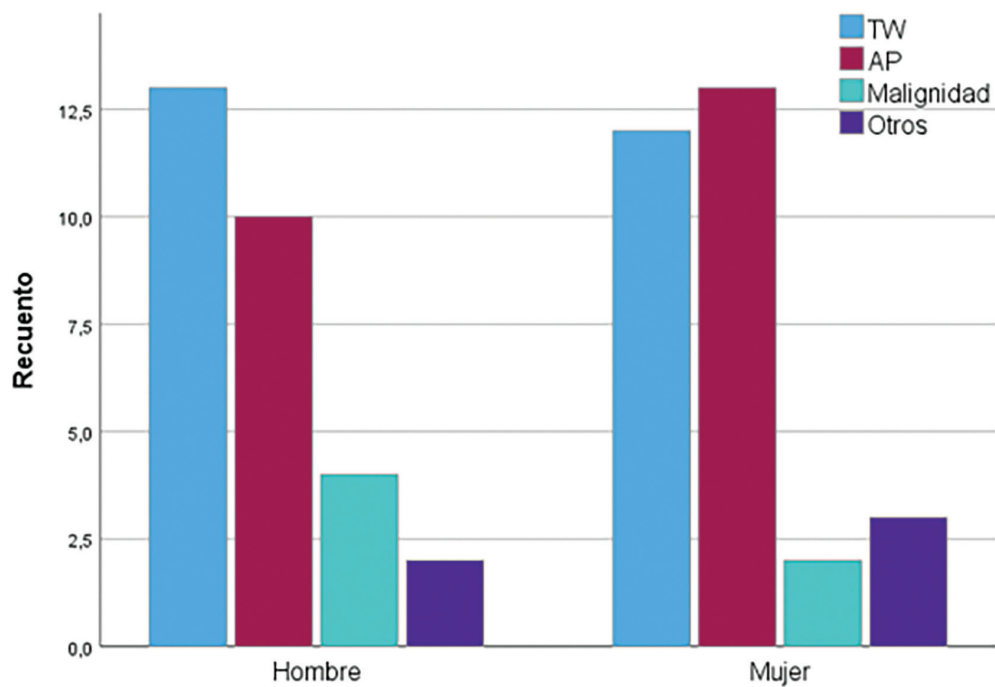


Figura 2. Asociación entre sexo y tipo de tumor

dolor a la palpación y 16,6 % dolor continuo. El 83,3 % de los tumores malignos presentaron dolor (existiendo diferencias significativas,  $\chi^2 p<0,001$ ), mientras un 80 % de TW y 91,3 % de AdPl no lo presentaron. Un 35,6 % refirió crecimiento (42,9 % lento y progresivo). El 66,7 % de los tumores malignos refirieron crecimiento (existiendo diferencias significativas  $\chi^2 p<0,05$ ), mientras el 80 % de TW y 47,8 % de AdPl no lo presentaron (Tabla 1).

Tabla 1. Características demográficas y clínicas

|                    |                                                                                                                                      |
|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Sexo               | 29 H (49,2 %) / 30 M (50,8 %)<br>TW: H (48 %) / AdPl: M (56,5 %) /<br>Ca: H 66,7 % ( $p>0,05$ )                                      |
| Edad               | 58,1 a $\pm$ 14,29 (RIC 15–80)<br>TW: 64,7 a $\pm$ 11,8 / AdPl: 53,0 a $\pm$ 16,3 /<br>Ca: 62,5 a $\pm$ 6,3 ( $p<0,02$ )             |
| Motivo de consulta | Tumoración parotídea 74,6 % / Hallazgo<br>radiológico incidental: 13,6 % / Recidiva tras<br>cirugía: 3,4 % / Parálisis facial: 1,7 % |
| Evolución clínica  | Mediana 8 m (RIC 4–18)<br><2 a: 84,1 % / 6–8 a: 9,1 % / hasta 15 a: 6,8 %                                                            |
| Tamaño tumoral     | 23,4 mm $\pm$ 10,4 (RIC 6–66) ( $p>0,05$ )                                                                                           |
| Dolor              | 66,6 % molestia / 16,6 % palpación / 16,6 %<br>continuo<br>Ca: 83,3 % / TW: 20 % / AdPl: 8,7 %<br>( $p<0,001$ )                      |
| Crecimiento        | 35,6 % (42,9 % lento-progresivo)<br>Ca: 66,7 % / TW: 20 % / AdPl: 52,2 %<br>( $p<0,05$ )                                             |
| Localización       | Izquierda: 49,2 % / Derecha: 40,6 % /<br>Bilateral: 10,2 %                                                                           |

Se realizó RM en el 93,2 % (AdPl 43,64 %, TW 36,36 %) y PAAF en el 88,1 % (TW 43,14 %, AdPl 41,18 %) (Figura 3). En 31 pacientes se realizaron RM, PAAF y biopsia (estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica). Hubo concordancia diagnóstica para TW en el 90 % ( $p=0,002$ ) y para AdPl en el 71,4 % ( $p=0,004$ ); para tumores malignos fue completa (100 % concordancia en las 3 pruebas). El índice Kappa mostró concordancia moderada para TW ( $k=0,474$ ) y AdPl ( $k=0,432$ ) y buena concordancia global ( $k=0,716$ ).

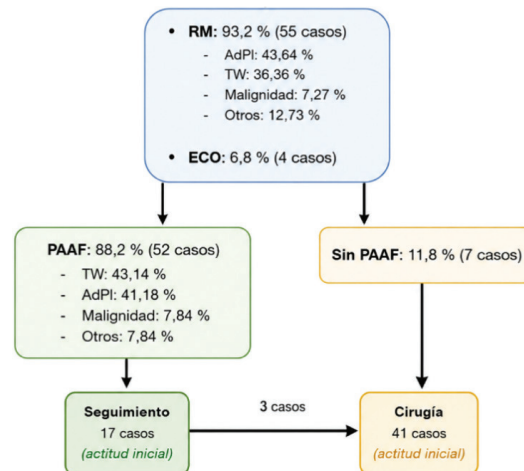


Figura 3. Esquema diagnóstico y terapéutico

Cirugía como actitud inicial (Figura 4, Tabla 2). Como actitud inicial, 41 pacientes (69,5 %) fueron sometidos a cirugía. El estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica evidenció un 41,46 % de AdPl y un 34,15 % de TW, constituyendo conjuntamente el 80,49 % de los tumores intervenidos. La proporción de tumores malignos fue del 14,63 %. En el grupo otros (9,76 %) se incluyeron el resto de las estirpes tumorales encontradas: infiltración por melanoma, linfoma MALT, mioepitelioma y tejido parotídeo con 2 ganglios reactivos (Figura 5). La mediana de tiempo hasta la cirugía fue de 4 meses (RIC 2–6), con un seguimiento postquirúrgico mediano de 18 meses (RIC 10–53).

Durante el seguimiento postquirúrgico, dos pacientes precisaron reintervención. Uno presentó una recidiva de AdPl a los 15 meses tras una masa de rápido crecimiento (diagnóstico inicial mediante RM-PAAF-biopsia de AdPl); mientras que en el otro, la RM inicial sugería AdPl, la PAAF mostraba sospecha de malignidad y la biopsia inicial fue negativa para celularidad maligna; no obstante, a los 6 meses, el crecimiento tumoral junto con nuevos hallazgos

SEGUIMIENTO ACTIVO COMO ACTITUD INICIAL EN TUMORES BENIGNOS DE PARÓTIDA:  
ESTUDIO OBSERVACIONAL RETROSPECTIVO  
CEREZO-ARIAS I, RODRÍGUEZ-VALIENTE A, VERDAGUER-MUÑOZ JM ET AL.

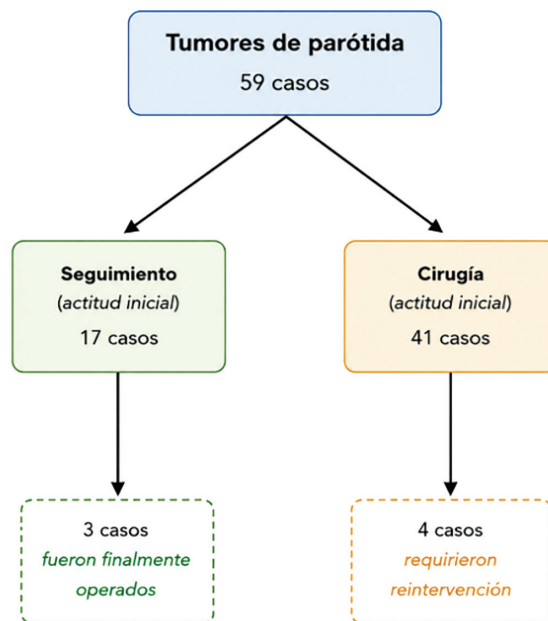


Figura 4: Diagrama de flujo de pacientes

Tabla 2. Comparación entre casos operados y casos en seguimiento

| Actitud inicial                | Anatomía patológica                                                          | Tiempo hasta cirugía     | Seguimiento postquirúrgico                   | Reintervención                                         | Anatomía patológica                                            |
|--------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------------------------|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| Cirugía: 41 casos (69,5 %)     | AdPl: 17 casos (41,5 %) / TW: 14 casos (34,1 %) / Malignos: 6 casos (14,6 %) | 4 meses (RIC 2–6)        | 18 meses (RIC 10–53)                         | 4 casos (9,76) (2 casos cirugía previa en otro centro) | AdPl recurrente: 2 casos / CXAdPl: 2 casos                     |
| Actitud inicial                | Diagnóstico inicial (RM-PAAF)                                                | Tiempo de seguimiento    | Tiempo hasta cambio                          | Cirugía tras seguimiento                               | Anatomía patológica                                            |
| Seguimiento: 17 casos (28,8 %) | TW: 11 casos (64,7 %) / AdPl: 6 casos (35,3 %)                               | 36 meses (RIC 13,5–58,5) | 58,5 meses (RIC 49,5–96,7); 4 casos (23,6 %) | 3 casos (17,65 %)                                      | TW: 1 caso / AdPl: 1 caso / Carcinoma células acinares: 1 caso |

sugestivos de malignidad en RM-PAAF motivaron la cirugía, confirmándose un carcinoma ex-AdPl (CXAdPl).

Además, dos pacientes acudieron por persistencia tumoral tras haber sido intervenidos aproximadamente un año antes en otro centro (técnica

desconocida, biopsia con resultado de AdPl). En ambos casos se optó por una nueva cirugía, cuyo resultado anatomopatológico fue de AdPl recurrente en un caso y CXAdPl en el otro.

Seguimiento como actitud inicial (Figura 4, Tabla 2 y 3). Por el contrario, 17 pacientes (28,8 %)

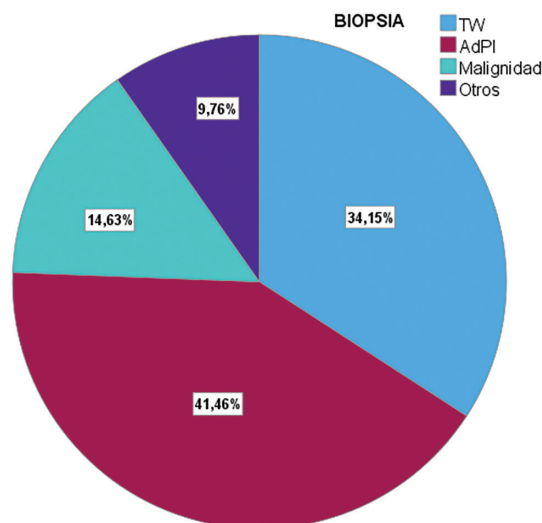


Figura 5. Frecuencias diagnósticas del estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica (biopsia)

fueron manejados inicialmente mediante seguimiento, con hallazgos en RM-PAAF compatibles con TW en el 64,7 % y AdPl en el 35,3 %. La mediana de seguimiento fue de 36 meses (RIC 13,5–58,5). Los pacientes en seguimiento eran significativamente mayores que los intervenidos ( $68,53 \pm 13,93$  vs  $55,2 \pm 12,56$  años; K-W  $p < 0,001$ ). Asimismo, el 86,2 % de los hombres fueron operados frente al 56,7 % de las mujeres, con diferencias significativas ( $\chi^2$   $p < 0,01$ ).

Durante este periodo de seguimiento, 4 casos presentaron cambios clínicos o radiológicos descritos en la Tabla 3, con una mediana hasta su aparición de 58,5 meses (RIC 49,5–96,7). Se optó por cirugía en tres de ellos, continuándose el seguimiento en el caso restante. De los pacientes intervenidos, en tres casos existió concordancia entre el diagnóstico inicial (RM-PAAF) y el resultado histológico tras la cirugía (TW tras 48 meses y AdPl tras 54 meses). Sin embargo, en un caso no hubo concordancia, con diagnóstico inicial de TW y resultado final de carcinoma de células acinares.

Este caso correspondió a una paciente de 76 años con diagnóstico inicial de TW mediante RM y PAAF que, tras presentar crecimiento tumoral, dolor punzante y una nueva PAAF sospechosa de malignidad, fue intervenida a los 63 meses de seguimiento, confirmandose un carcinoma de células acinares. No se encontró evidencia estadísticamente significativa de transformación maligna según el tipo tumoral (K-M log-rank  $p = 0,327$ ).

## DISCUSIÓN

### 1. ETIOLOGÍA Y CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

La etiología de los tumores parotídeos sigue siendo desconocida. Existe una clara relación entre TW y tabaquismo, mientras que su asociación con otros factores es más discutida [2, 3]. El TW presenta su máxima incidencia en torno a los 60 años [2], mientras que el AdPl puede aparecer a cualquier edad, con un pico entre los 40-60 años [7]. En nuestra serie, la edad media fue de 64 años para el TW y de 53 años para el AdPl, siendo

SEGUIMIENTO ACTIVO COMO ACTITUD INICIAL EN TUMORES BENIGNOS DE PARÓTIDA:  
ESTUDIO OBSERVACIONAL RETROSPECTIVO  
CEREZO-ARIAS I, RODRÍGUEZ-VALIENTE A, VERDAGUER-MUÑOZ JM ET AL.

Tabla 3. Descripción de los 17 casos manejados con seguimiento como actitud inicial

| Edad | Sexo | Motivo consulta                      | Lado | RM              | PAAF            | Tamaño (mm) | Tiempo seguimiento (meses) | Evolución clínica radiológica                               | Actitud final                                  |
|------|------|--------------------------------------|------|-----------------|-----------------|-------------|----------------------------|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| 70   | M    | Tumoración 6 meses                   | I    | TW              | TW              | 20          | 39                         | Sin cambios                                                 | Seguimiento                                    |
| 73   | M    | Tumoración 2 meses                   | I    | TW              | TW              | 13          | 36                         | Sin cambios                                                 | Seguimiento                                    |
| 71   | M    | Tumoración bilateral 6 meses         | B    | TW              | TW              | 30          | 108                        | Discreto crecimiento (RM)                                   | Seguimiento                                    |
| 40   | M    | Hallazgo incidental                  | D    | AdPl            | Sin PAAF        | 6           | 24                         | Sin cambios                                                 | Seguimiento                                    |
| 73   | H    | Tumoración bilateral larga evolución | B    | TW              | TW              | 30          | 48                         | Crecimiento y endurecimiento                                | Parotidectomía (TW)                            |
| 54   | M    | Tumoración 6 años                    | D    | AdPl            | AdPl            | 14          | 108                        | Sin cambios                                                 | Seguimiento                                    |
| 79   | H    | Hallazgo incidental                  | D    | TW              | TW              | 15          | 36                         | Sin cambios                                                 | Seguimiento                                    |
| 80   | M    | Hallazgo incidental                  | I    | TW              | TW              | 22          | 12                         | Sin cambios                                                 | Seguimiento                                    |
| 67   | M    | Hallazgo incidental                  | D    | TW              | TW              | 27          | 15                         | Sin cambios                                                 | Seguimiento                                    |
| 69   | H    | Tumoración 17 años                   | D    | AdPl            | AdPl            | 15          | 54                         | Mínimo crecimiento (RM)                                     | Parotidectomía (AdPl)                          |
| 74   | M    | Tumoración 2 años                    | D    | Sin RM          | AdPl            | 17          | 12                         | Sin cambios                                                 | Seguimiento                                    |
| 80   | H    | Tumoración 6 años                    | B    | TW - AdPl       | AdPl            | 40          | 82                         | Sin cambios                                                 | Seguimiento                                    |
| 74   | M    | Tumoración 3 meses                   | I    | TW              | TW              | 30          | 15                         | Sin cambios                                                 | Seguimiento                                    |
| 62   | M    | Abombamiento pared faríngea          | I    | AdPl            | AdPl            | 66          | 11                         | Sin cambios                                                 | Seguimiento                                    |
| 61   | H    | Tumoración 8 años                    | I    | Lesión quística | Lesión quística | 20          | 14                         | Sin cambios                                                 | Seguimiento                                    |
| 60   | M    | Tumoración 2 años                    | D    | TW              | TW              | 25          | 26                         | Sin cambios                                                 | Seguimiento                                    |
| 76   | M    | Tumoración 10 meses                  | D    | TW              | TW              | 20          | 63                         | Crecimiento y cambios radiológicos sugestivos de malignidad | Parotidectomía → carcinoma de células acinares |

significativamente mayor para el TW. No se observó asociación entre sexo y tipo tumoral, aunque la literatura describe mayor prevalencia del TW en hombres caucásicos [2].

Diversos estudios europeos han descrito un aumento progresivo de la incidencia del TW, llegando en algunas series a aproximar la relación AdPl:TW a 1:1 e incluso a convertirlo en el tumor más extirpado [8]. Este fenómeno se ha atribuido al envejecimiento poblacional, mejora de las pruebas complementarias y mayor tabaquismo, aunque no todos los estudios confirman esta explicación y la causa podría variar según la región [2]. En

nuestra serie, el AdPl continúa siendo el tumor más frecuente seguido por el TW, pero con una relación AdPl:TW cercana a 1:1.

## 2. PRESENTACIÓN CLÍNICA

La mayoría de los tumores parotídeos se presentan como tumoración palpable, generalmente indolora y de larga evolución [1], forma de presentación también predominante en nuestro estudio. La historia clínica debe valorar inicio de la masa, dolor, velocidad de crecimiento, disfagia y debilidad facial, además de diversas

exposiciones (tabaquismo, radiación ionizante y ocupacionales) [3].

Los signos sugestivos de malignidad incluyen crecimiento rápido, dolor, ulceración y parálisis facial [2, 3], datos que deben poner en alerta al aparecer en un paciente en seguimiento como actitud inicial. En nuestra serie, al igual que en la literatura, se observaron diferencias significativas entre tipo tumoral y dolor o crecimiento al diagnóstico: de 6 casos malignos, 5 presentaron dolor y 4 crecimiento notable.

### 3. DIAGNÓSTICO

Aunque el diagnóstico definitivo es anatomopatológico, la combinación de PAAF y RM permite un diagnóstico preoperatorio fiable. La PAAF presenta una sensibilidad del 78 % y una especificidad del 98 % para diferenciar lesiones benignas y malignas [10], mientras que la RM multiparamétrica alcanza una sensibilidad del 80-85 % y una especificidad del 96-100 % para el diagnóstico de TW (con riesgo de error inferior al 4 %), lo que respalda su utilidad tanto en la planificación terapéutica como en el seguimiento activo de lesiones sugestivas de benignidad [8].

En nuestra serie, el 100 % de los TW diagnosticados por PAAF y el 90,9 % de los diagnosticados por RM fueron confirmados por biopsia. Además, el 90 % de los pacientes con RM, PAAF y biopsia presentaron concordancia diagnóstica para TW. Tanto para TW como para AdPl se observó una concordancia significativa entre las pruebas, con una correlación moderada según el índice Kappa. Estos resultados, en línea con la literatura, respaldan el elevado valor diagnóstico de la RM y la PAAF y refuerzan su importancia tanto en la planificación quirúrgica como en la selección y seguimiento seguro de pacientes candidatos a manejo conservador.

### 4. RECURRENCIA Y TRANSFORMACIÓN MALIGNA

El AdPl presenta una tasa de recurrencia cercana al 1,7 %, favorecida por digitaciones hacia

tejido sano (también dependiente de la técnica y experiencia del cirujano). Suele ser detectada por el propio paciente y aparecen habitualmente unos 5-7 años después de la cirugía, aunque puede manifestarse antes tras una enucleación [4, 7].

Aunque clásicamente se ha descrito un riesgo de transformación maligna del AdPl (CXAdPl) cercano al 10 % a los 15 años [10] (en relación con la larga evolución y con la recurrencia [1]), estudios recientes sitúan esta cifra en torno al 3,2 % en pacientes no tratados y la relacionan no solo con el tiempo de evolución, sino también con factores como la edad, el tamaño tumoral y, especialmente, la recurrencia [11].

Por el contrario, la transformación maligna en el TW es extraordinariamente rara (<1 %), siendo fundamental diferencial tres entidades: el carcinoma que surge realmente dentro del epitelio del TW, el linfoma que aparece en su componente linfoide y los tumores malignos que lo imitan o coexisten con él sin representar una transformación auténtica. Estas tres entidades pueden sobredimensionar la malignización del TW y conducir a conclusiones clínicas erróneas. Ante un paciente con sospecha de TW habrá que plantearse, por tanto, si se trata de un caso típico o presenta señales clínicas/radiológicas/citológicas que obliguen a descartar otras lesiones [12].

En nuestro estudio, ambos pacientes con tumoraciones malignas de aparición durante el seguimiento (CXAdPl en seguimiento postquirúrgico y carcinoma de células acinares en seguimiento en consultas) presentaban signos de malignidad en algunas de las pruebas complementarias previas a la cirugía. Esto remarca la importancia de identificar los casos atípicos con la combinación de la citología por (PAAF), hallazgos radiológicos (especialmente en RM) y evolución clínica.

Los dos casos de CXAdPl diagnosticados por biopsia en nuestro estudio tuvieron lugar en AdPl recurrentes (uno de los casos fue operado previamente en otro centro), siguiendo la misma línea que lo descrito en la literatura.

El caso de TW que evolucionó hacia un diagnóstico de malignidad debe interpretarse con cautela. Aunque la literatura reciente señala que la transformación maligna verdadera del TW es excepcional y que la mayoría de los casos podrían corresponder a diagnósticos iniciales incompletos o a tumores malignos coexistentes [12], este hallazgo pone de manifiesto uno de los principales riesgos potenciales del seguimiento activo. La aparición de crecimiento tumoral, dolor y la sospecha de malignidad en la PAAF motivaron la reevaluación diagnóstica y terapéutica del paciente. Este caso refuerza la necesidad de seleccionar cuidadosamente a los candidatos para seguimiento clínico-radiológico y de establecer protocolos de vigilancia estrictos y bien definidos, capaces de detectar de forma precoz los cambios clínicos o citológicos sugestivos de progresión o malignidad.

Los criterios de conversión a cirugía en nuestro centro no estaban protocolizados y dependieron del criterio clínico individual. Aunque todos los pacientes intervenidos presentaron cambios clínicos y/o radiológicos, únicamente el caso con hallazgos de malignidad en la RM correspondió a un tumor maligno, mientras que los demás mostraron solo un crecimiento leve y resultaron benignos. Estos hallazgos sugieren que el crecimiento aislado podría no justificar la cirugía y refuerzan la necesidad de protocolos estandarizados de seguimiento y conversión a tratamiento quirúrgico.

## 5. ACTITUD INICIAL

El objetivo de la cirugía en tumores parotídeos benignos es confirmar el diagnóstico, evitar crecimiento tumoral y prevenir malignización [10]. La indicación quirúrgica depende principalmente de la localización, tamaño e histología tumoral, así como de la esperanza de vida del paciente, aunque esta no constituye por sí sola una contraindicación [10]. La cirugía parotídea presenta una tasa global de complicaciones del 21,6 %, con potencial impacto en la calidad de vida, aspecto que debe valorarse frente a sus beneficios [6, 10].

La cirugía sigue siendo el tratamiento de elección tanto en el AdPl como en el TW, aunque el seguimiento activo en este último está ganando mayor importancia dado su bajo riesgo de malignidad y frecuente presentación en pacientes ancianos (siempre que el diagnóstico sea seguro) [12].

Entre 2011-2021 se observó un aumento del manejo conservador, con una proporción cirugía/seguimiento cercano a 1:1 [5]. Este cambio persiste del 2021 en adelante, incluso con la aparición de nuevas terapias no quirúrgicas aún por definir en futuros estudios [12]. En nuestra serie la proporción de cirugía/seguimiento fue 2,4:1 para todos los tumores y 2:1 para TW y AdPl. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre edad/sexo y actitud inicial: se operaron mayoritariamente hombres, mientras el seguimiento se aplicó más en pacientes de mayor edad.

Actualmente no existen guías claras para seleccionar los casos candidatos a seguimiento. La decisión depende del criterio del cirujano, valorando factores del tumor y del paciente. El seguimiento debe ser activo y cauteloso, manteniendo la opción quirúrgica en caso de duda [10]. Por ello, futuros estudios deberían centrarse en definir criterios estandarizados de inclusión, seguimiento y conversión a cirugía que permitan optimizar la seguridad y reproducibilidad de esta estrategia de manejo.

## 6. LIMITACIONES

En primer lugar, el reducido tamaño muestral puede haber limitado la potencia estadística, especialmente para eventos poco frecuentes como la transformación maligna. Sin embargo, estos resultados son coherentes con la baja incidencia de dichos eventos y subrayan la importancia de identificar precozmente las lesiones atípicas.

En segundo lugar, el carácter retrospectivo y unicéntrico del estudio lo hace susceptible a sesgos de selección e información, además de limitar la generalización de los resultados a otros centros o poblaciones.

La ausencia de un protocolo estandarizado de seguimiento y de criterios definidos para la conversión a cirugía constituye una limitación del estudio. La frecuencia de las revisiones clínico/radiológicas y la indicación de tratamiento quirúrgico dependieron en gran medida del criterio clínico individual, introduciendo heterogeneidad en el manejo de los pacientes. Esta variabilidad dificulta la comparación de resultados y pone de manifiesto la necesidad de estudios prospectivos que permitan desarrollar y validar protocolos de seguimiento y criterios objetivos de conversión a cirugía.

## CONCLUSIONES

La cirugía continuó siendo la actitud terapéutica de elección para los tumores parotídeos en nuestra serie, aunque el seguimiento clínico-radiológico se empleó en pacientes seleccionados, principalmente de mayor edad y con lesiones sugestivas de benignidad en las pruebas diagnósticas realizadas (sin un protocolo estandarizado). Los resultados sugieren que esta estrategia puede ser una alternativa inicial válida en casos seleccionados: pacientes de edad avanzada y comórbidos, con una evaluación diagnóstica adecuada sugestiva de tumoración benigna y con seguimientos clínico-radiológicos periódicos (remarcando la necesidad de realizar protocolos que detallen estos criterios según estudios futuros de carácter prospectivo). Asimismo, la RM y la PAAF mostraron una buena concordancia diagnóstica, apoyando su papel fundamental en la planificación terapéutica y en la selección de candidatos a manejo conservador.

No obstante, el reducido número de pacientes en seguimiento y la aparición de un carcinoma de células acinares durante la evolución obligan a interpretar estos hallazgos con cautela y limitan la generalización de los resultados.

## AGRADECIMIENTOS

Al Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Puerta de Hierro de Majadahonda, por haber hecho

posible este trabajo y por haber despertado en mí el interés y la pasión por la Otorrinolaringología.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ștefănescu EH, Mogoantă CA, Căluianu EI, Predescu OI, Florou C, Chercotă V, et al. Benign tumors of the superficial lobe of the parotid gland. *Rom J Morphol Embryol.* 2022;63(3):563-567. <https://doi.org/10.47162/RJME.63.3.11>. PMID: 36588495. PMCID: PMC9926149.
2. Yanes-Díaz J, Riestra-Ayora J, Rodríguez-Rivero A, Yebra-Gonzalez L, Chaure-Cordero M, Vaduva C, et al. Trend changes in the incidence of benign parotid tumours in the last 30 years in a Spanish population. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2023;280(2):855-860. <https://doi.org/10.1007/s00405-022-07644-9>. PMID: 36094561.
3. Young A, Okuyemi O. *Benign salivary gland tumors*. Maney Publishing; 2001 Jul 1. <https://doi.org/10.2307/3736818>.
4. Ayoub OM, Bhatia K, Mal RK. Pleomorphic adenoma of the parotid gland: is long-term follow-up needed? *J Laryngol Otol.* 2002;116(7). [https://doi.org/10.1016/S0385-8146\(02\)00013-5](https://doi.org/10.1016/S0385-8146(02)00013-5). PMID: 12167452.
5. Lombardi D, Tomasoni M, Nicolai A, Paderno A, Grammatica A, Arcuri M, et al. Parotid pleomorphic and non-pleomorphic adenomas: a mono-institutional series of 512 patients. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2022;279(5):2543-2551. <https://doi.org/10.1007/s00405-021-07018-7>. PMID: 34355271.
6. Plath M, Sand M, Cavaliere C, Plinkert PK, Baumann I, Zaoui K. Long-term outcomes and quality of life following parotidectomy for benign disease. *Acta Otorhinolaryngol Ital.* 2022;42(3):215-222. <https://doi.org/10.14639/0392-100X-N1728>. PMID: 35880361. PMCID: PMC9330751.
7. Larian B. Parotidectomy for benign parotid tumors. *Otolaryngol Clin North Am.* 2016; 49(2):395-413. <https://doi.org/10.1016/j.otc.2015.10.006>. PMID: 27040586.
8. Espinoza S, Felter A, Malinvaud D, Badoual C, Chatellier G, Siauve N, et al. Warthin's tumor of

- parotid gland: surgery or follow-up? Diagnostic value of a decisional algorithm with functional MRI. *Diagn Interv Imaging*. 2016;97(1):37-43. <https://doi.org/10.1016/j.diii.2014.11.024>. PMID: 25543869.
9. Nishimura H, Kawata R, Kinoshita I, Higashino M, Terada T, Haginomori S, et al. Management for Warthin tumor of the parotid gland: surgery or observation. A 21-year retrospective study of 387 cases. *Ear Nose Throat J*. 2022;101:1455613221080927. <https://doi.org/10.1177/01455613221080927>. PMID: 35393868.
  10. Ringel B, Kraus D. Observation rather than surgery for benign parotid tumors. *Otolaryngol Clin North Am*. 2021;54(3):593-604. <https://doi.org/10.1016/j.otc.2021.02.004>. PMID: 34024486.
  11. Levyn H, Subramanian T, Eagan A, Katabi N, Lin O, Dizon Badillo ND, et al. Risk of carcinoma in pleomorphic adenomas of the parotid. *Diagnostics (Basel)*. 2021;11(8):1467. <https://doi.org/10.3390/diagnostics11081467>. PMID: 34441400. PMCID: PMC8391156.
  12. Quer M, Hernandez-Prera JC, Silver CE, Casasayas M, Simo R, Vander Poorten V, et al. Current trends and controversies in the management of Warthin tumor of the parotid gland. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg*. 2023;149(11):1034-1041. <https://doi.org/10.1001/jamaoto.2023.3212>. PMID: 37824134. PMCID: PMC10570915.