

**HOSPITAL PEDIÁTRICO DOCENTE  
"PEDRO AGUSTÍN PÉREZ"  
GUANTÁNAMO**

**ADENOMA PLEOMÓRFICO EN EDAD PEDIÁTRICA. PRESENTACIÓN  
DE 3 CASOS**

Dr. Carlos Alberto Díaz Pérez<sup>1</sup>, Dra. Sara Jane Simons Preval<sup>2</sup>, Dra. Milagros Martínez Rodríguez.<sup>3</sup>

*1 Máster en Salud Bucal Comunitaria. Especialista de II Grado en Cirugía Maxilofacial. Profesor Auxiliar. Investigador Auxiliar.*

*2 Máster en Urgencias Estomatológicas. Especialista de I Grado en Cirugía Maxilofacial. Instructor*

*3 Máster Salud Bucal Comunitaria. Especialista de II Grado en Estomatología General Integral. Profesor Auxiliar.*

---

**RESUMEN**

Se presentan tres casos de niños con diagnóstico de adenoma pleomórfico de glándulas salivales mayores: dos en glándula parótida y uno en glándula submaxilar, atendidos en el Hospital Pediátrico Docente "Pedro Agustín Pérez" de Guantánamo, en el período 2007-2009. Se abordan, además, aspectos sobre el cuadro clínico, estudios de laboratorio realizados, plan de tratamiento que incluye la parotidectomía superficial o remoción de la glándula submaxilar según sea el caso, resultado de los estudios histológicos y evolución. Se realiza una revisión actualizada de la literatura sobre el tema.

**Palabras clave:** adenoma pleomórfico, glándula salival, edad pediátrica.

---

## **INTRODUCCIÓN**

En el estroma y parénquima de las glándulas salivales aparecen patologías complejas de origen local o sistémico, congénito o adquirido, de naturaleza inflamatoria, traumática o neoplásica.

En la edad pediátrica los tumores de glándulas salivales son pocos frecuentes, menos del 5 % del total de tumores en todas las edades.<sup>1,2</sup> Esto provoca la existencia de pocas publicaciones individuales o institucionales sobre el tema en esa etapa de la vida. Diferentes autores coinciden en que la mayoría de estos tumores ocurren en la parótida y tienen una naturaleza benigna, aunque reconocen que la posibilidad de malignidad es mayor en los niños que en los adultos<sup>3-5</sup>, de ahí, la importancia de un adecuado diagnóstico y tratamiento.

El adenoma pleomórfico o tumor mixto es el más común de todos los tumores de glándulas salivales y representa aproximadamente el 70 % de todos los tumores de la glándula parótida.<sup>6</sup> Luego de su remoción quirúrgica el pronóstico es bueno, sin embargo, existe la posibilidad de recidiva del tumor en un periodo largo posterior a la intervención.<sup>7</sup>

Los escasos estudios epidemiológicos realizados en la edad pediátrica sobre tumores de glándulas salivales y las particularidades que implica el tratamiento quirúrgico en estas edades, hacen peculiarmente difícil su manejo.

## **INFORME DE LOS CASOS**

### **CASO 1**

Paciente masculino de 10 años de edad, antecedente de epilepsia, procedencia urbana, que es referido a nuestro servicio por presentar aumento de volumen en región parotídea izquierda, de aproximadamente un año de evolución, crecimiento lento, asintomático, interpretado inicialmente como adenitis crónica.

*Examen físico:* Aumento de volumen, nodular, de aproximadamente 4 cm, movable, duro elástico, piel que lo cubre de aspecto normal. No parálisis facial.

*Ultrasonido:* Imagen compleja, nodular, bordes definidos, 2 x 1 mm al corte caudal y 16 x 2 mm al corte sagital (Figura 1).

*Biopsia aspirativa con aguja fina (BAAF):* Fondo serohemático con acúmulo de células epiteliales y mioepiteliales.

*Hemoglobina:* 133g/L

*Eritrosedimentación:* 10 mm/h

*Tratamiento:* Parotidectomía superficial con conservación del nervio facial.

Evolución satisfactoria.

**Diagnóstico histológico:** Adenoma pleomorfo.

## **CASO 2**

Paciente masculino de 13 años de edad, antecedente de buena salud, procedencia rural, que es referido a nuestro servicio por presentar aumento de volumen en región parotídea derecha (Figura 2), de aproximadamente cinco años de evolución, crecimiento lento, asintomático, interpretado inicialmente como adenitis crónica.

*Examen físico:* Aumento de volumen de aproximadamente 3 cm, redondeado, duro elástico, movable, piel que lo cubre de aspecto normal. No parálisis facial.

*Ultrasonido:* Imagen de baja ecogenicidad, mide 10 x 16 mm, a 7 mm de la piel.

*Biopsia aspirativa con aguja fina (BAAF):* Adenoma pleomorfo.

*Hemoglobina:* 149 g/L

*Eritrosedimentación:* 10 mm/h

*Tratamiento:* Parotidectomía superficial con conservación del nervio facial.

Evolución satisfactoria.

**Diagnóstico histológico:** Adenoma pleomorfo.

## **Caso 3**

Paciente femenina de 14 años de edad, antecedente de buena salud, que es referida a nuestro servicio por presentar aumento de volumen en región submaxilar izquierda, de aproximadamente dos años de evolución, crecimiento lento, en ocasiones doloroso, interpretado inicialmente como adenitis crónica.

*Examen físico:* Aumento de volumen de aproximadamente 4 cm, en región submaxilar izquierda, redondeado, duro elástico, movable, piel que lo cubre de aspecto normal.

*Ultrasonido:* Imagen compleja, mide 12 x 16 mm, a 4 mm de la piel.

*Biopsia aspirativa con aguja fina (BAAF):* Adenoma pleomórfico.

*Hemoglobina:* 120 g/L

*Eritrosedimentación:* 10 mm/h

*Tratamiento:* Submaxilectomía izquierda.

Evolución satisfactoria.

## **DISCUSIÓN DE LOS CASOS**

La mayoría de los tumores de glándulas salivales mayores constituyen un hallazgo casual<sup>1,3</sup>, los padres o el niño notan una masa asintomática y, a partir de ese momento, surge la preocupación de la familia para obtener un diagnóstico y adecuado tratamiento.

El diagnóstico se realiza a partir de un interrogatorio en el que se busca información sobre el surgimiento, crecimiento, síntomas asociados a la masa tumoral, cuadro epidemiológico que relacione al paciente con un brote epidémico o alguna enfermedad particular.

El examen físico comprende una minuciosa evaluación de cabeza y cuello, incluyendo cavidad nasal, boca, naso y orofaringe, en particular va dirigido a precisar el tamaño, consistencia y movilidad de la masa tumoral, si hay dolor referido a la palpación, las características de la piel que la cubre y la presencia o no de parálisis facial.

Siempre que exista un aumento de volumen en la zona anatómica que ocupan la glándula parótida o submaxilar entre las hipótesis diagnósticas debe plantearse un tumor, el que de acuerdo con el examen clínico se podrá considerar benigno o maligno, sin embargo, en muchas ocasiones, sobretodo en los estadios iniciales, no es posible diferenciar entre la naturaleza benigna o maligna de una tumoración de las glándulas salivales mayores, por lo que son imprescindibles los estudios complementarios que orienten hacia el diagnóstico definitivo.

Los estudios de laboratorio confirmarán la hipótesis planteada. En nuestro hospital ante la hipótesis de un tumor de glándula salival, el ultrasonido y la biopsia aspirativa con aguja fina (BAAF) son los estudios complementarios de elección, al ser estudios fuertemente orientadores de diagnóstico, más económicos y menos lesivos a los pacientes; luego, si es necesario y en dependencia de la naturaleza de la masa tumoral, se indicarían la tomografía axial computarizada (TAC) o la resonancia magnética nuclear (RMN).

Llama la atención que los tres casos fueron interpretados por sus médicos de cabecera como adenopatías crónicas y luego de varios meses o años de estudio es que son remitidos a nuestro servicio en busca de una segunda opinión. Hubo demora en el diagnóstico al no plantearse la hipótesis de un tumor de glándulas salivales, a pesar de la

relación anatómica que existía entre la masa tumoral y la glándula salival.

En la región parotídea existen varios ganglios linfáticos; es especialmente importante distinguir los ganglios preauriculares que drenan de la porción lateral de los ojos, conjuntivas y piel frontotemporal, ganglios intraparotídeos y cervicales altos que drenan la región mandibular, anillo de Waldeyer y lengua.

El aumento de tamaño de los ganglios linfáticos es mucho más común en los niños que en los adultos en respuesta a disímiles estímulos. Es frecuente palpar ganglios menores de un centímetro en las cadenas inguinales y cervicales, las cuales se consideran fisiológicas hasta los 12 años de edad. Sin embargo, el aumento de volumen del ganglio puede ser la respuesta a procesos infecciosos o tumorales. En la revisión realizada por Carmona<sup>8</sup> se plantea que las causas más comunes de linfadenopatías cervicales son la infección estreptocócica de cabeza y cuello, mononucleosis, micobacterias, rubéola, linfoma, carcinomas de cabeza y cuello.

En la edad pediátrica dentro de las enfermedades granulomatosas tiene particular importancia la tuberculosis. En un estudio realizado por Abreu G<sup>9</sup> sobre adenitis tuberculosa infantil en Cuba en el periodo 1995–2005, registró que el 11.1 % de los casos de tuberculosis infantil en Cuba desarrolló adenitis y recomienda elevar el índice de sospecha de tuberculosis en niños con adenopatías, con la realización de estudios microbiológicos a todas las biopsias de ganglios linfáticos.

Birkent<sup>10</sup> plantea que aunque la forma más común de tuberculosis extratorácica es la adenitis tuberculosa, incluyendo los ganglios cervicales alrededor de las glándulas salivales, es extremadamente raro que la glándula parótida sea afectada; aún en países donde la tuberculosis es endémica. Tauro<sup>11</sup> tiene iguales consideraciones en relación con la glándula submaxilar.

En larga serie publicada por Orvidas<sup>5</sup> de 118 pacientes menores de 18 años atendidos en la Clínica Mayo en el periodo de 1970 a 1997, con diagnóstico de tumores de la parótida, se informa que la forma de presentación más común fue una masa asintomática, la mayoría eran lesiones benignas (47.5 %), seguida de lesiones inflamatorias (36.4 %) y malignas (16.1%).

El uso de la ecografía es de elección en el diagnóstico de tumores de glándulas salivales en nuestro servicio, es un proceder bien tolerado por los pacientes, brinda elementos importantes para el diagnóstico como son: tamaño del tumor, ubicación y características ecogénicas, y aunque

no son concluyentes, sí son sugestivas de su naturaleza, además de servir de guía para la realización de la BAAF.

Para Suárez<sup>12</sup> la ecografía conlleva la ventaja de su bajo costo y accesibilidad, es útil en el diagnóstico diferencial con afecciones inflamatorias y con adenopatías, pero es muy limitada en el intento de diferenciar la benignidad o malignidad del tumor. Sin embargo, Lahoz<sup>13</sup> considera que la ecografía es capaz de distinguir entre lesiones benignas y malignas en el 96 %.

Thoeny<sup>14</sup> considera que en niños y mujeres embarazadas la ecografía constituye el primer paso, especialmente en lesiones del lóbulo superior de la glándula parótida, esta permite distinguir lesiones localizadas de las difusas, la vascularidad de la lesión o servir como guía de la BAAF.

La indicación de la BAAF en la patología de las glándulas salivales ha sido controversial. En su contra se plantea la posibilidad de diseminar el tumor, lesionar el nervio facial o que no modifica el plan de tratamiento previsto<sup>12,14-16</sup>, sin embargo, en los últimos años se acepta como un importante medio de diagnóstico de los tumores de estas glándulas, por el daño mínimo que producen y la orientación que brindan sobre diagnóstico y tratamiento.

Diversos autores consideran la BAAF como un estudio de elección en las patologías tumorales de las glándulas salivales.<sup>2,12,15</sup> Suárez<sup>12</sup> determinó una sensibilidad para la BAAF del 71.4 %, una especificidad del 97.1 %, un valor predictivo positivo del 83.3 %, un valor predictivo negativo del 94.3 %, el índice de eficacia del 93.1 % y el índice de Youden del 0.68, demostrando que era estudio diagnóstico fundamental en la patología tumoral de glándulas salivales.

Para Gete<sup>15</sup> la BAAF tiene un alto valor predictivo negativo, útil en el diagnóstico de masas sospechosas de malignidad en la región parotídea, al evaluar la precisión del diagnóstico exacto mediante la BAAF encontró un nivel de concordancia del 92 % en tumores benignos y del 57.69 % en tumores malignos.

Fernández<sup>3</sup> considera que la BAAF en la edad pediátrica es un proceder difícil de realizar y no concluyente, por su parte, Pérez<sup>17</sup>, en una evaluación de 144 pacientes de edad pediátrica a los que se les practicó la BAAF consideró que es un proceder inocuo y útil para el diagnóstico de masas cervicales.

Thoeny<sup>14</sup> plantea que la BAAF no siempre es conclusiva por lo que las imágenes preoperatorias son más importantes que la BAAF en el planeamiento quirúrgico.

En los casos presentados se aprecia que en los niños de edad escolar y adolescentes con una adecuada preparación psicológica puede practicarse la punción sin necesidad de anestesia, siendo bien toleradas y con mínimas molestias para los pacientes. En dos casos el diagnóstico fue exacto y en uno fue orientador, siendo los tres confirmados luego del tratamiento quirúrgico.

Coincidimos con lo registrado McGurk<sup>18</sup> sobre el *Salivary gland disease. First International accord on modern management - Paris, July 4-5 2008*, donde se consideró que el ultrasonido era el primer y más importante estudio imagenológico de las glándulas salivales, siendo más sensitivo que las TAC en lesiones pequeñas, reservándose esta última y la RMN para los tumores malignos o complejos, mientras que la BAAF es el segundo estudio de elección, con excelentes resultados.

En Cuba las más recientes series publicadas sobre tumores de glándulas salivales a la que hemos accedido son de pacientes adultos<sup>19,20</sup>, todos coinciden en que el adenoma pleomórfico es el tumor más común y la parótida la glándula más afectada, similares resultados a los informes internacionales.<sup>2,4,6,7,13,21</sup>

En la edad pediátrica los registros son similares a los adultos, pero advierten que desde el punto de vista clínico no siempre es posible distinguir entre un tumor benigno y uno maligno, y que la posibilidad de malignidad es mayor en el paciente pediátrico que en el adulto.<sup>3,5,22</sup>

El adenoma pleomórfico o tumor mixto, actualmente se prefiere la primera denominación, proviene de las células epiteliales o mioepiteliales de los orígenes de los conductos, estas células pueden diferenciarse para producir estructuras epiteliales en algunas zonas y en otras elaboran moco o islotes de pseudocartílago. Su localización más común es en la parótida, en ocasiones aparece en las glándulas submaxilar y sublingual y es menos frecuente en las glándulas salivales menores; predomina en el sexo femenino desde la cuarta a la sexta década de la vida.<sup>5,7,13,15,21</sup>

El tratamiento de elección tanto en la glándula parótida como en la submaxilar es la extirpación quirúrgica del tumor. En la glándula submaxilar la eliminación completa de la glándula mediante submaxilectomía no ofrece mayores dificultades. En la parótida, la parotidectomía superficial con conservación del nervio facial, es el tratamiento de elección, y es aquí donde existen las mayores controversias y dificultades técnicas.<sup>6,18,23</sup>

En edad pediátrica las estructuras anatómicas que se utilizan como referencia para identificar el tronco principal del nervio facial aún no

están totalmente desarrolladas y las ramas del nervio facial son más delgadas que en el paciente adulto, por lo que es más difícil la intervención quirúrgica.

Actualmente se propone una variante a la parotidectomía superficial total, la parotidectomía superficial parcial más conservadora en el manejo de los tumores de parótida. En ésta técnica solamente se resecan las áreas cercanas al tumor, el tronco principal del facial se identifica y las ramas adyacentes al tumor se disecan y preservan sin necesidad de hacer una disección más extensa del nervio.<sup>6</sup>

McGurk, Thomas y Renehan<sup>23</sup>, en un estudio de 821 pacientes intervenidos en el Christie Hospital, Manchester, mediante disección extra capsular (EDC), demostraron que es una técnica científicamente válida y segura desde el punto de vista oncológico para el tratamiento quirúrgico de los tumores benignos de parótida.

En los niños no está documentada la parotidectomía superficial parcial. Fernández<sup>3</sup> y Orvidas<sup>5</sup> recomiendan como tratamiento de elección en esta edad la exéresis quirúrgica con márgenes amplios, considerando otros tratamientos coadyuvantes poco útiles en niños.

En los dos casos presentados donde la parótida fue la glándula afectada se optó por la parotidectomía superficial considerando la posibilidad de un margen de error de la BAFF y lo referido en la literatura científica que muestra una posibilidad mayor de lesiones malignas en la edad pediátrica.

En los tres casos el diagnóstico histológico confirmó el citológico como adenoma pleomórfico. La recidiva del adenoma pleomórfico está descrita en la literatura, asociada en ocasiones a su transformación maligna.<sup>24,25</sup>

Redaelli de Zinis<sup>7</sup> considera que las lesiones múltiples y el tipo de intervención quirúrgica realizada (excisión local) constituyen un indicador fiable de recurrencia de adenoma pleomórfico.

Los tres casos tuvieron una evolución postoperatoria satisfactoria, no se presentaron complicaciones inmediatas o mediatas y son atendidos en consulta externa para su seguimiento a largo plazo.

## **CONSIDERACIONES FINALES**

La mayoría de las publicaciones sobre los tumores de glándulas salivales mayores y, particularmente, sobre adenoma pleomórfico en edad pediátrica son registros de un número reducido de pacientes, por lo que no se acumula suficiente experiencia en el manejo de estos casos.

Los autores consultados consideran el ultrasonido y la BAAF como los estudios de lección en el adenoma pleomórfico de glándulas salivales mayores y la parotidectomía superficial como la técnica quirúrgica de elección en la edad pediátrica.

En los niños es necesaria una adecuada interrelación entre las especialidades clínicas y quirúrgicas en el manejo de las masas en la región parotídea y submaxilar, teniendo siempre entre las hipótesis diagnósticas los tumores de las glándulas salivales mayores.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

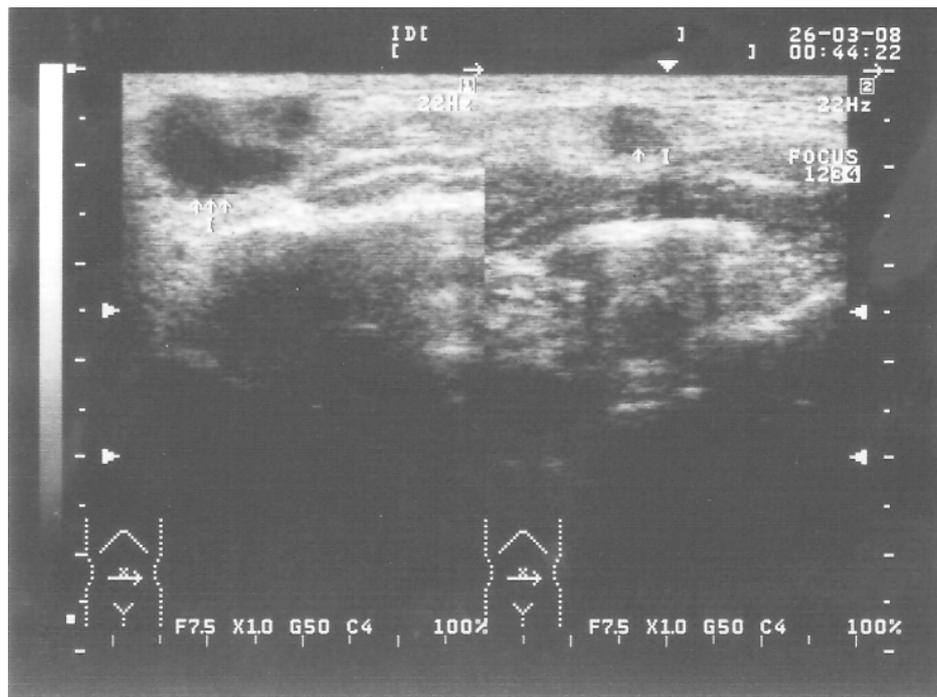
1. Rey J, Sánchez G, Salmerón J, Martorell V. Tumores de la glándula parótida. En: Protocolos clínicos de la Sociedad Española de Cirugía Oral y Máxilofacial. Madrid: GlaxoSmith Kline; 2006.
2. Ellies M, Laskawi R. Diseases of the salivary glands in infants and adolescents. Head Face Med[Internet]. 2010[citado 20 marzo 2011]; 6 (1): [aprox.5p]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2831878/?tool=pmcentrez>
3. Fernández MS, González J, García JP, Sánchez O, Parrado R, Lillo M. Tumores de parótida en niños. Cir Pediatr[Internet]. 2008[citado 20 marzo 2011]; 21(1): [aprox.5p]. Disponible en: <http://www.secipe.org/coldata/upload/revista/20080107.pdf>
4. Bentzm BG, Hughes A, Lüdemann J, Maddalozzo J. Masses of the Salivary Gland Region in Children. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. [Internet]. 2000[citado 20 marzo 2011]; 126: [aprox.5p]. Disponible en: <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=835488>
5. Orvidas LJ, Kasperbauer JL, Lewis JE, Olsen KD, Lesnick TG. Pediatric parotid masses. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. [Internet]. 2000 [citado 20 marzo 2011]; 126: [aprox.5p]. Disponible en: <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=1270101>

6. Papadogeorgakis N, Skouteris CA, Mylonas AI, Angelopoulos AP. Superficial parotidectomy: technical modifications based on tumour characteristics. *J Craniomaxillofac Surg*[Internet]. 2004[citado 20 marzo 2011]; 32(6): [aprox.5p]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1010518204000836>
7. Redaelli de Zinis LO, Piccioni M, Antonelli AR, Nicolai P. Management and prognostic factors of recurrent pleomorphic adenoma of the parotid gland: personal experience and review of the literature *Eur Arch Otorhinolaryngol*[Internet]. 2008[citado 20 marzo 2011]; 265(4): [aprox.5p]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2254466/?tool=pmcentrez>
8. Carmona E, Corvo MT, Somonte H, Ginebra MC, Martínez JC. Manejo de Ganglios Cervicales en Pediatría. *Rev Odontología Online* [Internet]. 2010[citado 20 Ene 2011]; [aprox.6p]. Disponible en: [http://www.odontologiaonline.com/verarticulo/Manejo\\_de\\_Ganglios\\_Cervicales\\_en\\_Pediatrica.\\_Revision\\_Bibliografica.html](http://www.odontologiaonline.com/verarticulo/Manejo_de_Ganglios_Cervicales_en_Pediatrica._Revision_Bibliografica.html)
9. Abreu G, González JA, Zamora R, Pérez A, Llanes MJ. Adenitis tuberculosa infantil en Cuba (1995 a 2005). *Rev Cub Pediatr*[Internet]. 2006[citado 20 Ene 2011];78 (2): [aprox.6p]. Disponible en: <http://www.scielo.sld.cu/pdf/ped/v78n2/ped02206.pdf>
10. BirKent H, Karahatay S, Akcam T, Durmaz A, Ongoru O. Primary parotid tuberculosis mimicking parotid neoplasm: a case report. *J Med Case Reports*[Internet]. 2008[citado 20 Ene 2011]; 2: [aprox.3p]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2267472/?tool=pmcentrez>
11. Tauro LF, George C, Kamath A, Swethadri GK, Gatty R. Primary Tuberculosis of Submandibular Salivary Gland. *Glob Infect Dis*[Internet]. 2011[citado 20 marzo 2011]; 3(1): [aprox.5p]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3068584/?tool=pmcentrez>
12. Suárez Y. Valor de la BAAF en el manejo de la patología [tesis en Internet]. La Habana: Instituto Nacional de Oncología y Radiología de Cuba; 2008-09[citado 20 Ene 2011]. Disponible en <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/cirugiamaxilo/tesisbaaf.pdf>

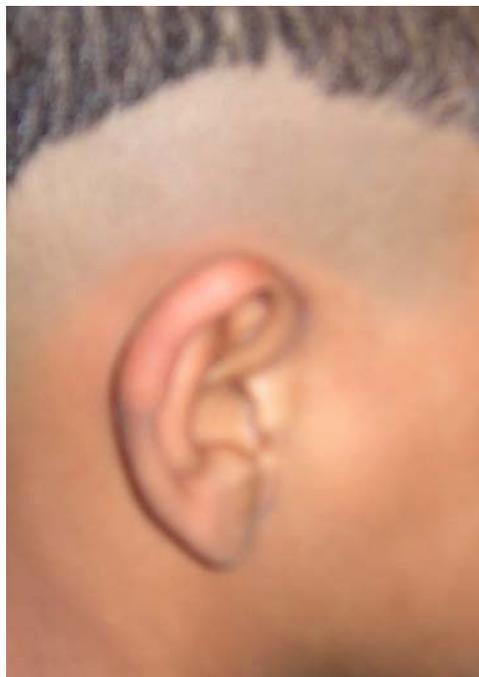
- 13.Lahoz MT, Galve A, Galve F. Afección tumoral de las glándulas salivales. Nuestra experiencia. Acta Otorrinolaringol Esp[Internet]. 2009[citado 20 Ene 2011]; 60(2): [aprox.3p]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/102/102v60n02a13135114pdf001.pdf>
- 14.Thoeny HC. Imaging of salivary gland tumours. Cancer Imaging[Internet]. 2007[citado 20 Ene 2011]; 7(1): [aprox.6p]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1866314/?tool=pmcentrez>
- 15.Gete P, Almodóvar C, Garcia G, Rodríguez MI, Cerván F, Sangó P. Tumores parotideos: correlación entre la punción aspiración con aguja fina y los hallazgos histopatológicos. Acta Otorrinolaringol Esp[Internet]. 2006[citado 20 Ene 2011]; 57: [aprox.5p]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/102/102v57n6a13096805pdf001.pdf>
- 16.Gahine R, Sudarshan V, Hussain N, Krishnani C. Pleomorphic adenoma: A diagnostic pitfall in the diagnosis of salivary gland lesions on FNAC: Case reports with review of the literature. Cytojournal[Internet]. 2010[citado 20 marzo 2011]; 7: [aprox.5p]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2955342/?tool=pmcentrez>
- 17.Pérez N, Delgado R, Díaz J, Lourdes A. Resultados de la biopsia por aspiración con aguja fina en pacientes pediátricos con adenopatías y otras lesiones palpables. Rev Mediciego[Internet]. 2010[citado 20 marzo 2011]; 12 (6): [aprox.5p]. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol12\\_supl2\\_06/articulos/a5\\_v12\\_supl206.html](http://www.bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol12_supl2_06/articulos/a5_v12_supl206.html)
- 18.McGurk M. Salivary gland disease. First International accord on modern management – Paris, July 4-5 2008. Acta Otorhinolaryngol Ital[Internet]. 2008 October[citado 20 marzo 2011]; 28(5): [aprox.2p]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2689527/?tool=pmcentrez>
- 19.Pérez E, González N. Patología quirúrgica de glándulas salivales. Reporte de 79 casos. Rev Cub Estomatol[Internet]. 1999[citado 20 marzo 2011]; 36 (3): [aprox.5p]. Disponible en:

[http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75071999000300004&lang=es](http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75071999000300004&lang=es)

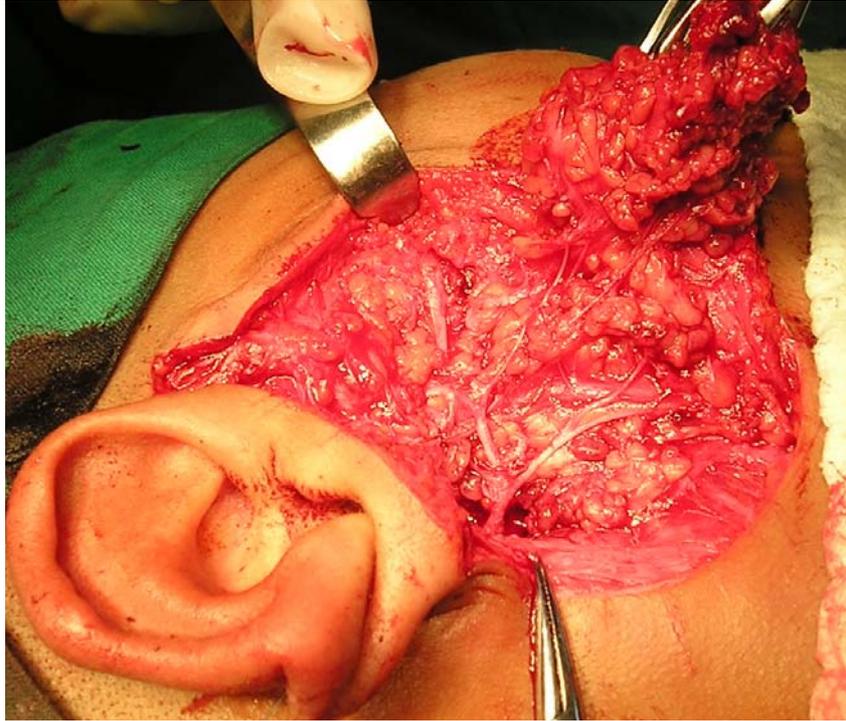
20. García-Roco O. Tumores de glándulas salivales. Su comportamiento en 10 años de trabajo (1993-2002) Rev Cub Estomatol[Internet]. 2003[citado 20 marzo 2011]; 40 (3): [aprox.5p]. Disponible en: [http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75072003000300001&lng=en&nrm=iso&ignore=.html](http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072003000300001&lng=en&nrm=iso&ignore=.html)
21. Aparecida F, Barroso EC, Teixeira C, Abreu A, Carvalho E, de Cássia R, et al. Salivary Gland Tumor: A Review of 599 Cases in a Brazilian Population. Head Neck Pathol[Internet]. 2009[citado 20 marzo 2011]; 3(4): [aprox.5p]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2811571/?tool=pmcentrez>
22. Molina V, Morales A, Palma G, Pozo C, Quilodrán J, Rostion CG. Diagnóstico diferencial de Parotidomegalia Unilateral en la Infancia. Rev Ped electrón[Internet]. 2006[citado 20 marzo 2011]; 3 (2): [aprox.5p]. Disponible en: <http://www.revistapediatria.cl/vol3num2/12.htm>
23. McGurk M, Thomas BL, Renehan AG. Extracapsular dissection for clinically benign parotid lumps: reduced morbidity without oncological compromise. Br J Cancer[Internet]. 2003[citado 20 marzo 2011]; 89(9): [aprox.5p]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2394403/?tool=pmcentrez>
24. Ide F, Mishima K, Yamada H, Saito I. Adenoid Cystic Carcinoma ex Pleomorphic Adenoma of the Parotid Gland. Head Neck Pathol[Internet]. 2009[citado 20 marzo 2011]; 3(2):[aprox.5p]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2715470/?tool=pmcentrez>
25. Wittekindt C, Streubel K, Arnold G, Stennert E, Guntinas-Lichius O. Recurrent pleomorphic adenoma of the parotid gland: Analysis of 108 consecutive patients. Head & Neck[Internet]. 2007[citado 20 marzo 2011]; 29(9): [aprox.5p]. Disponible en: <http://www.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hed.20613/abstract>



**Figura 1. Imagen compleja, nodular, bordes definidos, 2 x 1 mm al corte caudal y 16 x 2 mm al corte sagital (Caso 1).**



**Figura 2. Aumento de volumen en región parotídea (Caso 2).**



**Figura 3: Parotidectomía superficial con conservación del nervio facial (Caso 2).**



**Figura 4. Aumento de volumen en la región submaxilar (Caso 3).**



***Figura 5. Pieza quirúrgica (Caso 3).***