

# Adenoma Pleomorfo de Parótida, Manejo Quirúrgico: A Propósito de un caso

Wilson Omar Barragán Cabezas<sup>1</sup>, Jeanina Vanessa Cueva Loaiza<sup>1</sup>, María Gabriela Cedeño Reyes<sup>1</sup>, Ruth Catalina Regalado Rosas<sup>2</sup>, Diana Alejandra Villacrés Silva<sup>3</sup>.

1. Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Enrique Garcés. Quito – Ecuador.  
2. Posgrado de Otorrinolaringología Universidad Central de Ecuador. Quito – Ecuador.  
3. Posgrado de Otorrinolaringología Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Quito Ecuador.

## CORRESPONDENCIA:

Catalina Regalado Rosas  
Correo Electrónico: kattymed90@hotmail.com.  
Dirección: Pasaje Mauricio Plaza y Pedro Ponce Carrasco N32D.  
Código Postal: EC 170518.  
Teléfono: 0983320779.

Fecha de Recepción: 21-01-2020.  
Fecha de Aceptación: 01-03-2020  
Fecha de Publicación: 30-03-2020.

## MEMBRETE BIBLIOGRÁFICO:

Barragán W, Cueva J, Cedeño M, Regalado R, Villacrés D. Adenoma Pleomorfo de Parótida, Manejo Quirúrgico: A Propósito de un caso. Rev Med HJCA 2020; 12(1): 68-73. DOI: <http://dx.doi.org/10.14410/2020.12.1.cc.10>

## ARTÍCULO ACCESO ABIERTO



©2020 Barragán et al.; Licencia Rev Med HJCA. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de "Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International Public License" (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>), la cual permite copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato; mezclar, transformar y crear a partir del material, dando el crédito adecuado al propietario del trabajo original y bajo la misma licencia del original.

El dominio público de transferencia de propiedad (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) aplica a los datos recolectados y disponibles en este artículo, a no ser que exista otra disposición del autor.

\* Cada término de los Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS) reportados en este artículo ha sido verificado por el editor en la Biblioteca Virtual de Salud (BVS) de la edición actualizada a marzo de 2016, el cual incluye los términos MESH, MEDLINE y LILACS (<http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>).



## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** El adenoma pleomorfo es el tumor benigno más común de las glándulas salivales y particularmente de la glándula parótida, la característica principal de este tumor benigno es su crecimiento lento, provocando la presencia notoria de una masa a nivel facial o cervical. Su tratamiento es quirúrgico y uno de los principales riesgos, es la posibilidad de parálisis facial posquirúrgica. Presentamos un caso, resuelto de forma quirúrgica mediante parotidectomía parcial, que conlleva la disección del nervio facial.

**CASO CLÍNICO:** Se trató de una paciente de sexo femenino de 34 años de edad que acude para valoración por presentar masa de crecimiento lento en región parotídea derecha, negó asociación con dolor o parálisis facial. Luego de valoración tomográfica y por PAAF, se diagnosticó Adenoma Pleomorfo de parótida y se decidió parotidectomía parcial derecha.

**EVOLUCIÓN:** Para el tratamiento quirúrgico se recurrió a la técnica descrita en la bibliografía con la variante en la incisión, se usó incisión modificada de Blair. Se logró extirpar la totalidad del tumor. Paciente en su postquirúrgico mediato, presentó parálisis facial, tratada con corticoides, fue dada de alta con una puntuación de House Brackmann

**CONCLUSIÓN:** En concordancia con la bibliografía citada, el manejo adecuado de esta patología es netamente quirúrgico, la realización de parotidectomía en casos de tumoración de glándulas salivales es la única manera de evitar que la masa provoque lesiones a nivel de estructuras cercanas, como el nervio facial. Su correcta disección e identificación están dentro de los principales asuntos dentro del procedimiento.

**PALABRAS CLAVE:** GLÁNDULA PARÓTIDA, ADENOMA PLEOMÓRFICO, NEOPLASIAS DE CABELLA Y CUELLO, PARÁLISIS FACIAL.

## ABSTRACT

### *Pleomorphic adenoma of the parotid gland, surgical management: a case report.*

**BACKGROUND:** *Pleomorphic adenoma is the most common benign tumor of the salivary glands, particularly of the parotid gland. The main characteristic of this benign tumor is its slow growth, causing the noticeable presence of facial or cervical mass. The treatment is surgery, with the main risk of postoperative facial paralysis. We present a case report, resolved surgically with a partial parotidectomy, which involves dissection of the facial nerve.*

**CASE REPORTS:** *A 34 year old female patient, seeking medical attention due to a slow-growing mass in the right parotid region. Patient denied associated symptoms. After CT and Fine needle puncture, the patient was diagnosed of a pleomorphic adenoma of the parotid gland, and treated with right partial parotidectomy.*

**EVOLUTION:** *The surgical technique used is described on literature, with a variant in the incision type. We used modified Blair incision. The whole tumor was removed. After surgery patient presented with facial paralysis, she was treated with corticoids. Patient was discharged with a House Brackmann 1 score.*

**CONCLUSIONS:** *Accordingly with literature, the resolution of this pathology is surgical, parotidectomy is the only treatment that avoids the mass causing damage to adjacent structures, like the facial nerve. The proper identification and dissection of this nerve, is one of the main concerns of the procedure.*

**KEY WORDS:** PAROTID GLAND, PLEOMORPHIC ADENOMA, HEAD AND NECK NEOPLASM, FACIAL PARALYSIS.

## INTRODUCCIÓN

Los tumores de las glándulas salivales corresponden a 3% de todos los tumores de cabeza y cuello [1-3], siendo el más común el adenoma pleomorfo [1,2], el cual representa el 80 % de todas las masas benignas de dicha glándula [2]. También es conocido como tumor mixto benigno, deriva de una mezcla de elementos ductales y mioepiteliales. [4,5] Histológicamente puede presentar una gran diversidad entre un tumor y otro e incluso en diferentes zonas del mismo tumor, a lo que debe su nombre de adenoma pleomorfo o mixto [5]. El adenoma pleomorfo tiene un crecimiento lento, no está adherido a la piel y no presenta úlceras [1].

Los tumores de las glándulas salivales pueden presentarse cualquier edad, la mayoría afectan a pacientes adultos. Lesiones benignas son más frecuentes en mujeres [3,6]. La incidencia anual reportada es de 2 a 3 casos por cada 100 000 habitantes, el promedio de edad es de 46 años, aunque ha habido casos desde la primera hasta la décima década de vida [2]. En cuanto a su localización, aparece principalmente en la glándula parótida correspondiendo a 80% de los casos, 10% en glándula submandibular y 10% en glándulas salivales menores [1,2,5].

Clínicamente, los adenomas pleomorfos surgen como masas asintomáticas de crecimiento lento, con tamaño que varía desde algunos milímetros hasta varios centímetros llegando a tamaños considerables en algunos casos [5-7]; Se describen más síntomas del tipo sensación de cuerpo extraño, otalgia, masa parotídea, trismo [1]. El dolor y parálisis facial son poco comunes, pero pueden presentarse en ciertos casos [6].

El polo inferior del lóbulo superficial de la glándula parótida es el sitio más común de presentación, aunque llegan a observarse también en el lóbulo profundo [4]. Los adenomas pleomorfos son generalmente solitarios, sin embargo, pueden estar asociados de manera sincrónica o metacrónica con otros tumores, particularmente con el tumor de Warthin, ya sea en la misma o en diferentes glándulas [4,8]

En la anamnesis se debe preguntar sobre la existencia de tumefacción glandular y su forma de presentación (unilateral o bilateral); así como fiebre, la administración previa de medicamentos y la presencia de otras enfermedades como diabetes mellitus o el abuso de alcohol. Se tendrá en cuenta la edad de inicio de las manifestaciones clínicas; así los tumores parotídeos en recién nacidos y niños pequeños son hemangiomas o linfangiomas y, excepcionalmente, quistes congénitos. En la edad escolar predomina la infección vírica [1,9,10]. En la inspección debe objetivarse la existencia o no de asimetrías. En la palpación parotídea se compara el tamaño y la consistencia de las dos glándulas, y se termina con una palpación bimanual o bidigital mediante la colocación de una mano dentro de la cavidad bucal. Esta última maniobra es indispensable para la exploración de las glándulas submaxilares y sublinguales. Mediante la expresión de los conductos de Stenon o de Wharton es posible observar las características de la saliva producida por las distintas glándulas. Si se excluye una enfermedad inflamatoria, el dolor a la palpación de la parótida suele ser un signo de malignidad. La exploración se completa con una inspección de la cavidad bucal [7,10,11].

Para llegar a un diagnóstico más preciso es necesario combinar los hallazgos clínicos con pruebas complementarias como la ecografía, la tomografía axial computarizada (TAC) o la resonancia magnética nuclear (RMN). Para el diagnóstico definitivo se requiere el

análisis histopatológico de una muestra de tejido, empleándose por ejemplo la punción aspirativa con aguja fina (PAAF) [2].ç

La TAC es de gran utilidad para las enfermedades que afectan al parénquima de la glándula y para confirmar o descartar la extensión de un tumor hacia zonas próximas. La RMN en ocasiones está indicada en el estudio de los procesos tumorales, sobre todo para delimitar las lesiones y especialmente para una definición más precisa de la relación de las estructuras vasculares con el tumor [1,2]. La biopsia de las glándulas salivales mayores está contraindicada por la posibilidad de lesionar estructuras nerviosas, provocar fístulas o diseminar células tumorales. El mejor método es la citología por aspiración de masas tumorales; con este método se puede discernir entre enfermedad benigna y maligna [2, 4,10,11] El componente epitelial puede configurarse en un gran número de patrones, incluyendo a aquellos que forman glándulas, túbulos, bandas y láminas sólidas. A esta complejidad histológica pueden agregarse mezclas estromales de tejidos mixoide, condroide, hialino y raras veces tejidos adiposo y óseo [9].

El tratamiento consiste en la resección quirúrgica; cirugía parcial, subtotal o parotidectomía total, con preservación del nervio facial [7,8]. Aun cuando el adenoma pleomorfo es un tumor benigno puede recurrir y existe también riesgo de transformación maligna [11]. Con el tratamiento adecuado, el pronóstico general es excelente con una tasa de curación de 95% [2,3,7,8]

Presentamos a continuación el reporte de un caso con diagnóstico de adenoma pleomorfo de la glándula parótida, resuelto de forma quirúrgica mediante parotidectomía parcial, la misma que conlleva la disección del nervio facial, para lo cual se requiere tomar en cuenta los hitos anatómicos del mismo.

## CASO CLÍNICO

Se trató de una paciente femenina de 34 años sin antecedentes médicos de importancia clínica, quién acudió por consulta externa del servicio de Otorrinolaringología por presentar una masa a nivel de región parotídea derecha, de 3 años de evolución que incrementó progresivamente de tamaño hasta la fecha de la consulta. La paciente negó dolor, eritema, edema o baja de peso durante el tiempo de evolución de la patología, acude preocupada por no tener un diagnóstico específico.

Al examen físico otorrinolaringológico se evidenció lo siguiente; cara: movimientos faciales conservados, escala de House Brackmann I; oídos: conducto auditivo externo permeable, membrana timpánica íntegra bilateral; orofaringe: amígdalas grado I, normales; en la región parotídea derecha se observa presencia de masa de aproximadamente 3x5 cm, a la palpación bimanual en parótida se palpó masa dura de 3 cm aproximadamente, no móvil, no dolorosa; se observó adecuada salida de saliva transparente por conducto de Stenon; el examen físico de las glándulas salivales menores fue normal; cuello: ligera asimetría derecha, no se palpó adenopatías (Imagen 1).

**Imagen 1. A. Se evidencia asimetría del lado derecho con el izquierdo. Imagen B. Se muestra paciente con masa en región parotídea derecha.**



Imagen A

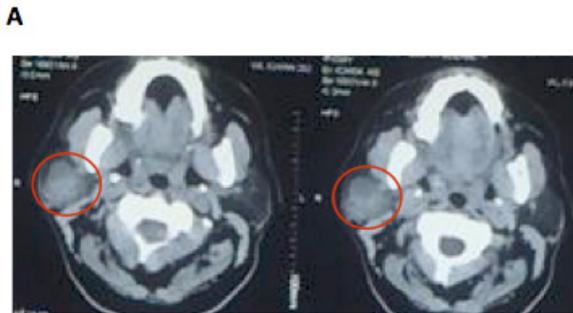
Imagen B

Se realizó exámenes complementarios con estudios de punción guiada por aguja fina (PAAF) y tomografía simple y contrastada de cuello por diagnóstico presuntivo de adenoma pleomorfo con probable necesidad de resolución quirúrgica (parotidectomía superficial).

En la tomografía simple y contrastada de cuello se observó una masa dependiente de parótida derecha que no captó contraste; definida y encapsulada (Imagen 2).

Se obtuvieron los resultados de la PAAF, que reveló un tumor mixto benigno (adenoma pleomorfo), reportó que se trata de una neoplasia benigna encapsulada formada por proliferación mixta de tejidos. En los demás exámenes de gabinete no se encontró alteración.

**Imagen 2. A y B: Tomografía simple y contrastada de cuello se puede visualizar masa dependiente de parótida derecha en cortes axiales y coronales. Bien delimitada, no capta contraste, isodensa.**



B

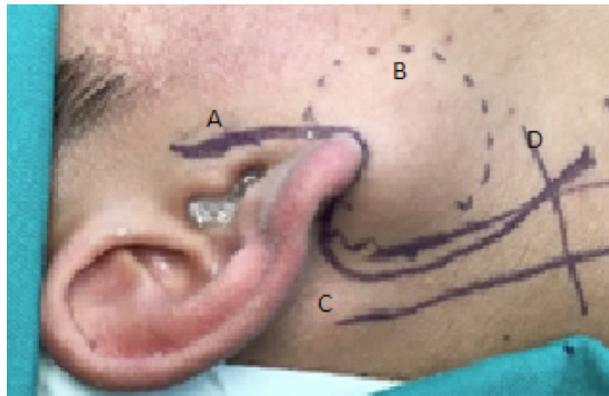


Una vez analizados los resultados, se decidió intervenir quirúrgicamente a la paciente. Se realizó parotidectomía superficial, con incisión tipo Blair modificada (Imagen 3), se levantan colgajos de piel anterior y posterior respetando el sistema músculo aponeurótico superficial (SMAS), iniciando la disección del aspecto superficial de la glándula; se procedió a identificar el músculo esternocleidomastoideo y el vientre posterior del músculo digástrico, el cual se utiliza

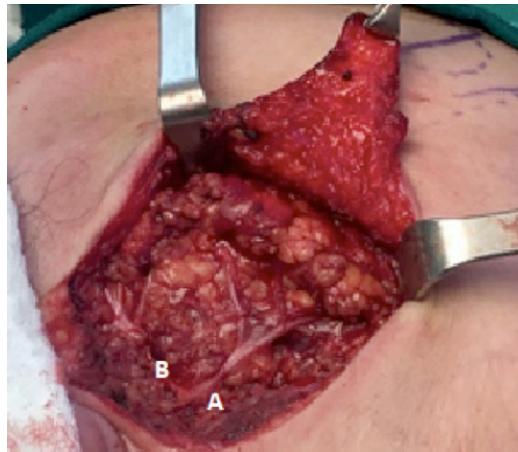
como referencia anatómica para localizar el nervio facial, se disecó el tronco principal del mismo así como sus ramas principales (Imagen 4) para así continuar la disección del aspecto profundo de la porción superficial de la glándula; con el nervio facial identificado y protegido adecuadamente se procede a retirar el lóbulo superficial parotídeo junto con la masa tumoral. (Imagen 5). Para mejor exposición quirúrgica fue necesario seccionar el nervio auricular mayor.

Se logró la extirpación completa del tumor y se envió muestra para estudio de histopatología. Se realizó cierre por planos, dejando un dren al vacío.

**Imagen 3. A. Incisión de Blair modificada, B. Masa tumoral, C. Esternocleidomastoideo, D. Nervio Auricular Mayor.**



**Imagen 4. A. Ramo cervicofacial del nervio facial. B. Ramo Temporofacial del nervio facial.**



**Imagen 5. Masa tumoral adherida a lóbulo superficial de parótida derecha.**



## EVOLUCIÓN

La paciente cursó un postoperatorio inmediato sin complicaciones, no se presentó parálisis facial inmediata. Durante su hospitalización, 12 horas posteriores al procedimiento, presentó parálisis facial catalogada como House Brackmann grado II, ausencia de sensibilidad en pabellón auricular y retroauricular con sangrado por dren moderado. Se prescribió corticoide intravenoso con mejoría completa de parálisis facial, se retiró corticoide en dosis decrecientes. El débito del dren disminuyó a los 3 días, siendo retirado. Paciente en buenas condiciones fue dada de alta a los 3 días.

Fue valorada posteriormente en consulta externa, presentando evolución favorable. La herida quirúrgica en buenas condiciones, se retiraron puntos de sutura, se verificó función de nervio facial, la cual fue recuperada en su totalidad. El reporte de histopatología indicó: Tumor mixto benigno (Adenoma Pleomorfo). (Imagen 6).

Imagen 6. A Y B. Control postquirúrgico al primer mes.



## DISCUSIÓN

La mayoría de los tumores de glándulas salivales son de origen epitelial, la glándula parótida es la de mayor afectación. La biopsia por aspiración con aguja fina es parte del diagnóstico de esta patología, tiene de acuerdo a diversos estudios una especificidad de 80 a 87% y una sensibilidad de 73 a 97% [12], en el caso de la paciente se hizo diagnóstico con TAC simple y contrastada y PAAF, y los resultados fueron concordantes con el estudio histopatológico postoperatorio.

Una vez realizado el diagnóstico inicial, el tratamiento del adenoma pleomorfo es netamente quirúrgico, de hecho, se considera el puntal principal en el manejo terapéutico de esta patología. La parotidectomía superficial con preservación del nervio facial es el procedimiento más comúnmente indicado, además se pueden realizar sialoadenectomía submandibular o escisión local amplia para una glándula salival menor. El punto en común de todas estas modalidades, es la necesidad de realizar una disección meticolosa de la cápsula para evitar la recurrencia de la neoplasia. [12,13, 8]

La disección ampliada del nervio facial y la resección del tejido tumoral, dependen del tamaño, localización e histopatología; implica un verdadero reto para el cirujano cuando la anatomía normal de la parótida está alterada con el tumor. Existen algunos puntos anatómicos constantes que ayudarán a la identificación del mismo como el pointer cartilaginoso, la sutura timpanomastoidea en el agujero estilomastoideo, el proceso estiloideo. La disección retrógrada está indicada en casos de que a pesar de las constantes anatómicas no se identifica el tronco principal del facial. [8]

Este manejo descrito en la bibliografía está en relación con el realizado en este reporte, la cirugía realizada fue parotidectomía superficial con preservación del nervio facial. La disección por planos permite la identificación de todas las referencias anatómicas descritas y permite preservar la estructura del nervio facial [8,14]. Se realiza incisión tipo Blair modificada, que permite la disección detallada por planos y la exposición necesaria para la identificación de los referentes anatómicos citados, es la incisión estándar para ésta cirugía. [8] (Imagen 3).

Se describe, que la fijación del nervio facial a la masa tumoral determina la lesión o alteración del mismo, al igual que dificulta su disección, volviendo susceptible la aparición de parálisis facial como complicación postquirúrgica.

La elevación del flap es a nivel de la fascia parotídea, en el área preauricular, en el plano subplatismal de la porción cervical de la incisión [13,8]. (Imagen 4). Una vez realizados los flaps tanto superior como inferior, se realiza la identificación de la masa tumoral y su relación con la glándula parótida y el nervio facial.

Para la disección del facial, como se mencionó anteriormente, se debe iniciar por las constantes anatómicas que guían con su ubicación y liberación del tejido parotídeo, en este caso, al igual que la bibliografía la disección fue anterógrada y se logró identificar y separar a todas las ramas del nervio facial (Imagen 4); al mismo tiempo que se liberó a la masa tumoral del nervio, realizándose la parotidectomía superficial. En algunos casos, para la disección nerviosa, se puede utilizar un monitor del nervio facial que a base de estimulación por electrodos, muestra un gráfico donde se monitoriza la funcionalidad del nervio facial.

La resección tumoral debe comprometer la cápsula en donde está contenida la masa, debido a que como se mencionó anteriormente, las recurrencias están relacionadas con su presencia, la incidencia de recurrencia es del 2 al 5%. [13] En el caso de nuestra paciente, la resección incluyó la presencia total de la cápsula tumoral.

Las principales complicaciones de la cirugía son: parálisis facial, hemorragia, sialocele y Síndrome de Frey. La parálisis facial corresponde al 15% de las complicaciones [12,13] y de estas su mayoría son parálisis faciales temporales; siendo el 1.9% de los casos parálisis faciales permanentes, las cuáles a su vez, se relacionan más con los tumores malignos [12,14]. El síndrome de Frey se presenta en un 10.6% [15], el cual se previene con la realización de un colgajo de SMAS para que cubra el sitio del defecto donde estaba la parte superficial de la parótida, tal cual lo que se realizó con nuestra paciente. La parálisis facial, se pueden prevenir con la disección detallada del nervio facial, la hemostasia con el control de sangrado perioperatorio, además de la colocación de un dren al vacío; en el caso de nuestra paciente, la parálisis facial que presentó en su posquirúrgico inmediato, fue temporal y su funcionalidad volvió a la normalidad luego de varias semanas (Imagen 6).

La confirmación histopatológica es la culminación del manejo de esta patología, en nuestra paciente, el resultado de histopatología reportó adenoma pleomorfo, tal cual lo describe la bibliografía analizada.

## CONCLUSIÓN

El mantener la línea en el diagnóstico y evaluación de masas tumorales permite la toma de una decisión terapéutica adecuada. La mejor manera de poder tener un diagnóstico claro, según la experiencia obtenida y la bibliografía estudiada será el obtener datos de historia clínica, examen físico, tomografía simple y contrastada de cuello, punción con aguja fina. La resección quirúrgica es el manejo recomendado para esta patología. La realización de parotidectomía en casos de tumoración de glándulas salivales es la única manera de evitar que la masa provoque lesiones a nivel de estructuras cercanas, como el nervio facial, su correcta disección e identificación están dentro de los principales asuntos dentro del procedimiento. La histopatología confirmará la naturaleza benigna de la masa.

## ABREVIATURAS

PAAF: Punción Guiada con Aguja Fina, RMN: resonancia magnética nuclear, SMAS: Sistema Músculo Aponeurótico Superficial, TAC: tomografía axial computarizada.

## AGRADECIMIENTOS

Un agradecimiento afectuoso a la paciente que nos permitió publicar su caso para demostrar el manejo quirúrgico de la patología. Al Hospital General Enrique Garcés de la ciudad de Quito, por la apertura para la toma de datos, manejo quirúrgico y control posterior de la paciente. Al Servicio de Otorrinolaringología del Hospital General Enrique Garcés por la apertura para compartir conocimientos y brindar enseñanza con el desarrollo del presente artículo.

## FINANCIAMIENTO

Autofinanciado.

## DISPONIBILIDAD DE DATOS Y MATERIALES

Las referencias bibliográficas se obtuvieron de revistas de acceso abierto en internet, de libros digitales obtenidos de la Biblioteca Virtual de la Universidad Central del Ecuador.

## CONTRIBUCIONES DE LOS AUTORES

OB: diagnóstico, planificación de tratamiento, ejecución del tratamiento y seguimiento, idea y revisión del manuscrito. RR y DV: Ayudantes en cirugía, recolección de datos de historia clínica y seguimiento de caso, búsqueda de evidencia científica referente a la patología. JC y GC: Revisión de documento y análisis crítico. Todos los autores leyeron y aprobaron la versión final del manuscrito.

## INFORMACIÓN DE LOS AUTORES

- Wilson Omar Barragán Cabezas: Doctor en Medicina General de la Universidad Central del Ecuador, especialista en Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello de la Universidad. Médico tratante y jefe de servicio de ORL del Hospital General Enrique Garcés de Quito. Docente de posgrado de Otorrinolaringología de la Universidad Central del Ecuador, Quito – Ecuador.  ORCID: 0000-0002-6568-7144

- Jeanina Vanessa Cueva Loaiza: Doctora en Medicina General de la Universidad Central del Ecuador, especialista en Otorrinolaringología de la Universidad Central del Ecuador. Coordinadora General de Docencia del Hospital General Enrique Garcés de Quito. Médico tratante de ORL en el Hospital General Enrique Garcés, Quito – Ecuador.  ORCID:0000-0003-3542-8704

- María Gabriela Cedeño Reyes: Doctora en Medicina General de la Universidad Central del Ecuador, especialista en Otorrinolaringología de la Universidad Central del Ecuador. Médico tratante de ORL en el Hospital General Enrique Garcés Docente de pregrado de Otorrinolaringología de la Universidad de las Américas.  ORCID: 0000-0002- 5034-1431

- Ruth Catalina Regalado Rosas: Doctora en Medicina General de la Universidad Estatal de Cuenca. Posgradista de Tercer Año de Otorrinolaringología de la Universidad Central del Ecuador, Quito – Ecuador. ORCID:  ORCID: 0000-0002-5535-3191

- Diana Alejandra Villacrés Silva: Doctora en Medicina General de la Universidad Central del Ecuador. Posgradista de Segundo Año de Otorrinolaringología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Quito - Ecuador.  ORCID: 0000-0002-6403-570X

## CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores no reportan conflictos de interés.

## CONSENTIMIENTO PARA PUBLICAR

Todos los autores leyeron el manuscrito final, y dieron su consentimiento para la publicación del presente artículo.

## APROBACIÓN ÉTICA Y CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN

Los autores cuentan con el consentimiento informado de la paciente y la autorización de la Institución de Salud respectivamente, para la realización de este estudio.

## CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO:

Barragán W, Cueva J, Cedeño M, Regalado R, Villacrés D. Adenoma Pleomorfo de Parótida, Manejo Quirúrgico: A Propósito de un caso. *Rev Med HJCA* 2020; 12(1): 68-73. DOI: <http://dx.doi.org/10.14410/2020.12.1.cc.10>

## PUBLONS

**P** Contribuye con tu revisión en: <https://publons.com/publon/34917717/>

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. LBauta-Milord R, Góngora-Gómez O, Gómez-Vázquez YE. Caracterización clínica y anatomopatológica del adenoma pleomórfico de glándulas salivales. *Univ Méd Pinaréña*. 2020;e519. Disponible en: <http://www.revgaleno.sld.cu/index.php/ump/article/view/519>
2. Calderón O, Vinitzky I, Prado H. Parotidectomía superficial como tratamiento de adenoma pleomorfo. Presentación de caso y revisión de la literatura. *Asociación mexicana de Cirugía oral y maxilofacial*. 2015;11(2):40-44. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cirugiabucal/cb-2015/cb152b.pdf>
3. Méndez L. Parotidectomía superficial y total en neoplasias parotídeas 10 años de experiencia. *Cirugía maxilofacial en El Salvador. Crea Ciencia Revista Científica*. 2020;12(2):21-27 <https://doi.org/10.5377/creaciencia.v12i2.10166>
4. Morales GM, Durán EE, Fonseca MG, Valente B. Eficacia de la biopsia por aspiración con aguja fina en enfermedad de las glándulas salivales. *An Orl Mex*. 2020;65(1):14-20. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/anaotomex/aom-2020/aom201c.pdf>
5. Bahbah S, Chbicheb S. Pleomorphic adenoma of the cheek. Case report with review. *Int. J. Odontostomat*. 2020; 14(4):653-657. Disponible en: [http://www.ijodontostomatology.com/wp-content/uploads/2020/08/2020\\_v14n4\\_034.pdf](http://www.ijodontostomatology.com/wp-content/uploads/2020/08/2020_v14n4_034.pdf)
6. Reis A, Miranda M, Koch T, Morosolli A. Diagnóstico ecográfico do adenoma pleomórfico da parótida: caso clínico. *Revportos Tomatol Med Cirmaxilofac*. 2016; 57(S1):13. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2016.10.031>
7. Avigeet G, Koochakzadeh S, Neskey D, Nguyen S. Carcinoma ex pleomorphic adenoma: A review of incidence, demographics, risk factors, and survival. *Am J. Otolaryngol*. 2019;40(6). DOI: <https://doi.org/10.1016/j.amjoto.2019.102279>
8. Richardson M, Flint P, Haughey B, Lund V, Niparko J, Robbins K, et al. *Cummings otolaryngology: head and neck surgery*. 6th ed. USA: Editorial Mosby Elsevier: 2015.
9. Periasamy S, Manoharan A, Garg H, Kumar S. Pleomorphic Adenoma of the Cheek: A Case Report. *Cureus*. 2019; 11(8):e5312. DOI 10.7759/cureus.5312
10. Arumugam P, Christopher P, Kumar S, Kengasubbiah S, Shenoy V. Pleomorphic Adenoma of the Palate: A Case Report. *Cureus*. 2019; 11(3): e4308. DOI 10.7759/cureus.4308
11. Hernández D, Fernández X, Lagunes M, Rivera S, Rodríguez J. Adenoma pleomorfo en glándula parótida: reporte de un caso. *Revista de ciencia y Tecnología del UACJ*. 2019; 16( 1):33-45. Disponible en: <file:///C:/Users/REVISTAHJCA/Downloads/3920-15249-1-PB.pdf>
12. Tapia M, Hernández T, Fredes F, Urra A, Compan A, Ortega P. Tumores de glándula parótida: Experiencia quirúrgica Hospital Guillermo Grant Benavente. *Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello*. 2018; 78: 385-391. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/orl/v78n4/0718-4816-0718-04-0385.pdf>
13. Fagan J. Parotidectomía. *ATLAS DE ACCESO ABIERTO DE TÉCNICAS QUIRÚRGICAS EN OTORRINOLARINGOLOGÍA Y CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO*. Disponible en: <https://vula.uct.ac.za/access/content/group/ba5fb1bd-be95-48e5-81be-586fbaeba29d/Parot%C3%ADdea.pdf>
14. Johnsons J, Rosen C. *Otorrinolaringología y Cabeza y Cuello de Bailey*. Primera Edición. USA: Wolters Kluwer: 2014. Pág. 691- 695.
15. Vázquez-Muñoz MI, Elhendi-Halawa W, Caravaca-García A, Ruiz-Fito R, Rodríguez-Contreras D, Ruiz- Mondejar A. Parotidectomía: revisión bibliográfica y análisis de nuestros resultados en los últimos seis años. *An Orl Mex*. 2014;59(2):126-132. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=49532>