







## Caracterización de pacientes con neoplasias malignas de la glándula parótida atendidos en el hospital “Celia Sánchez Manduley”

### Characterization of patients with malignant neoplasms of the parotid gland treated at the “Celia Sánchez Manduley” Hospital

Carmen Eilyn Rivero-Granado<sup>1,2</sup>, Irenia Meili León-Céspedes<sup>1,2</sup>, Elizabeth Vázquez-Blanco<sup>1,2</sup>, Esperanza Valerino-Guzmán<sup>3,2</sup>, Héctor Jorge Vázquez-Ortiz<sup>3,2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Clínico Quirúrgico Docente “Celia Sánchez Manduley”. Manzanillo. <sup>2</sup>Universidad de Ciencias Médicas de Granma. Facultad de Ciencias Médicas de Manzanillo. Granma. <sup>3</sup>Clínica Estomatológica Municipal “Manuel Sánchez Silveira”. Manzanillo, Granma. Cuba.

Recibido: 4 de marzo de 2022

Aprobado: 1 de junio de 2022



#### RESUMEN

**Fundamento:** los tumores de glándulas salivales son lesiones poco comunes. La parótida es el lugar donde más frecuentemente se asientan estas neoplasias, en su mayoría benignas.

**Objetivo:** describir variables clínicas y epidemiológicas en pacientes con neoplasias malignas de la glándula parótida, atendidos en el servicio de otorrinolaringología del Hospital Clínico Quirúrgico Docente “Celia Sánchez Manduley”, Manzanillo, Granma, en el período comprendido entre enero 2017 y diciembre 2020.

**Métodos:** se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, en 21 pacientes con diagnóstico histológico de tumor maligno en la glándula parótida, atendidos en el servicio, hospital y período de tiempo declarados en el objetivo. Se estudiaron las variables: grupos de edades, sexo, diagnóstico por año, signos y síntomas, clasificación histológica del tumor y estadio al momento del diagnóstico.

**Resultados:** el grupo de 60 a 69 años de edad (52,4 %) y el sexo masculino (76,2 %) fueron los más representativos. En 2020 y 2017 se diagnosticaron la mayoría de los casos, 7 y 6 respectivamente. Los signos y síntomas más frecuentes fueron el aumento de volumen (90,5 %), seguido por el crecimiento rápido (85,7 %), la consistencia duropétreo y fijación a los planos profundos (80,9 % en ambos casos) y dolor (71,4 %). El carcinoma mucoepidermoide (42,9 %) fue la clasificación histológica más común. El mayor número de pacientes fueron diagnosticados en Etapas I (47,6 %) y II (33,3 %).

**Conclusiones:** se describieron características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con neoplasias malignas en la glándula parótida incluidos en el estudio.

**Palabras clave:** GLÁNDULAS SALIVALES; GLÁNDULA PARÓTIDA; NEOPLASIAS DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES; TUMOR DE GLÁNDULA SALIVAL.

**Descriptor:** GLÁNDULA PARÓTIDA; NEOPLASIAS

#### ABSTRACT

**Background:** salivary gland tumors are rare lesions. The parotid gland is the most frequent site of these neoplasms, most of which are benign.

**Objective:** to describe clinical and epidemiological variables in patients with malignant neoplasms of the parotid gland treated at the department of otorhinolaryngology of the “Celia Sánchez Manduley” Clinico-Surgical Teaching Hospital of Manzanillo, Granma, from January 2017 through December 2020.

**Methods:** a cross-sectional descriptive study was carried out with 21 patients with a histological diagnosis of malignant tumor of the parotid gland, at the aforementioned hospital and during the period herein stated. The following variables were studied: age, sex, diagnosis per year, signs and symptoms, histological classification of the tumor and stage at the time of diagnosis.

**Results:** the 60 to 69 age group (52,4 %) and the male sex (76,2 %) were the most representative. Most of the cases were diagnosed in 2020 and 2017, 7 and 6 respectively. The most frequent signs and symptoms were volume increase (90,5 %), rapid growth (85,7 %), stone consistency and deep plane fixation (80,9 % in both cases) and pain (71,4 %). Mucoepidermoid carcinoma (42,9 %) was the most common histological classification. The greatest number of patients was diagnosed at Stage I (47,6 %) and II (33,3 %).

**Conclusions:** the clinical and epidemiological characteristics of patients with malignant neoplasms in the parotid gland were described.

**Keywords:** SALIVARY GLANDS; PAROTID GLAND; SALIVARY GLAND NEOPLASMS; SALIVARY GLAND TUMOR.

**Descriptors:** PAROTID GLAND; SALIVARY GLAND NEOPLASMS; OTOLARYNGOLOGY.



Citar como: Rivero-Granado CE, León-Céspedes IM, Vázquez-Blanco E, Valerino-Guzmán E, Vázquez-Ortiz HJ. Caracterización de pacientes con neoplasias malignas de la glándula parótida atendidos en el hospital “Celia Sánchez Manduley”. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. 2022; 47(3): e3085. Disponible en: <http://revzoiilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/3085>.



## DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES; OTOLARINGOLOGÍA.

**INTRODUCCIÓN**

Los tumores de glándulas salivales son lesiones poco comunes, representan alrededor del 3 al 6 % de todos los tumores de cabeza y cuello. <sup>(1-3)</sup> Su incidencia y mortalidad es muy baja, 0,9 y 0,1 por cada 100000 respectivamente, para todas las edades y ambos sexos. <sup>(4)</sup>

La glándula parótida es considerada la glándula salival de mayor tamaño, bilateral, situado a ambos lados de la cara, tiene 2 lóbulos, el superficial y el profundo, contiene múltiples ganglios linfáticos intraparenquimatosos y se relaciona anatómicamente con el nervio facial. Produce el 45 % del total de saliva, la cual es principalmente serosa. <sup>(5,6)</sup> La parótida es el lugar donde más frecuentemente se asientan las neoplasias en esta región, alrededor del 70-80 % son benignas. <sup>(7-10)</sup>

La etiología de estos tumores es desconocida debido a que no hay un factor de riesgo predominante que pueda ser asociado al desarrollo del mismo. No obstante, hay una serie de factores que se han propuesto como causas potenciales, pudiendo estar relacionadas en algunos casos a riesgos ocupacionales, tabaquismo, alcoholismo, inmunosupresión, virus del Epstein-Barr y radiación. <sup>(9,11)</sup>

Las neoplasias de glándulas salivales tienen una incidencia global estimada en 0,4-13,5 por cada 100000 personas anualmente y éstas incluyen un grupo histopatológico heterogéneo, que va desde neoplasias benignas hasta neoplasias malignas muy agresivas y de mal pronóstico. <sup>(2)</sup> En los Estados Unidos de Norteamérica, la tasa es de 0,9 x 100 000 habitantes. <sup>(1)</sup> En México la glándula parótida es la localización con mayor grado de afección por neoplasias con respecto a las otras glándulas salivales, según lo reportado va desde 82 % al 78 %. <sup>(11)</sup>

En Cuba, el Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología informa que la tasa de incidencia para el sexo femenino es 0,5 casos por cada 100000 habitantes, mientras para el masculino es de 0,8 casos por cada 100000 habitantes, siendo de 0,7 casos por cada 100 mil habitantes para ambos sexos en el año 2019, con una frecuencia de 57 casos, lo que constituye aproximadamente el 3 % de los tumores malignos de cabeza y cuello. <sup>(1)</sup>

El diagnóstico se realiza a través de la anamnesis y del examen físico, exámenes complementarios, radiografías simples, sialografía, ultrasonido, <sup>(12)</sup> la tomografía computada, la resonancia nuclear magnética y el estudio histológico a través de la biopsia. <sup>(1,8)</sup> Estos son de utilidad para la caracterización de la lesión y su extensión en la glándula salival. <sup>(13)</sup>

Actualmente la citología aspirativa con aguja fina (CAAF) es un método diagnóstico muy eficaz en la evaluación de las lesiones de las glándulas salivales.

Es una técnica segura y bien tolerada por los pacientes. En lo referente al costo es económica, proporciona un diagnóstico rápido y preciso. Además, la decisión de tratar o no a un paciente se puede tomar en base al diagnóstico obtenido tras la misma, no obstante, el diagnóstico definitivo lo aporta la biopsia de la pieza quirúrgica. <sup>(1)</sup>

El estudio de las neoplasias de glándulas salivales es de interés para cirujanos oncólogos de cabeza y cuello, otorrinolaringólogos, maxilofaciales y odontólogos, y requieren de un mejor conocimiento con respecto a la biología, histología y comportamiento de tan diverso grupo de neoplasias. <sup>(11,14)</sup> En la presente investigación se realiza la descripción clínica y epidemiológica de los tumores malignos de la glándula parótida diagnosticados en pacientes atendidos en el servicio de otorrinolaringología del Hospital Clínico Quirúrgico Docente "Celia Sánchez Manduley", en Manzanillo, Granma.

**MATERIALES Y MÉTODOS**

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal, para describir clínica y epidemiológicamente las neoplasias malignas de la glándula parótida en pacientes atendidos en el servicio de otorrinolaringología del Hospital Clínico Quirúrgico Docente "Celia Sánchez Manduley", Manzanillo, Granma, en el período comprendido desde enero 2017 a diciembre 2020.

El universo de estudio estuvo constituido por los pacientes que se atendieron en consulta con diagnóstico presuntivo de neoplasia de parótida, a los que se les realizó un interrogatorio exhaustivo acerca de los signos y síntomas, un examen físico general, regional y por aparatos, además de un conjunto de exámenes complementarios; se efectuó una toma de biopsia para llegar al diagnóstico histológico. La muestra quedó constituida por los 21 pacientes diagnosticados con tumor maligno en la glándula parótida, según resultados de los estudios histopatológicos.

Se estudiaron las variables: grupos de edades, sexo, comportamiento del diagnóstico por año, signos y síntomas en los pacientes, clasificación según tipo histológico y el estadio al momento del diagnóstico. Los datos se procesaron a través del método estadístico simple, se utilizaron como medidas de resumen los números absolutos y por ciento.

El presente estudio se llevó a cabo conforme a los principios éticos para la investigación médica en humanos, establecidos en la Declaración de Helsinki.

**RESULTADOS**

En la **tabla 1** se evidencia el predominio del grupo de edades entre 60 y 69 años (52,4 %) y del sexo masculino (76,2 %).

**TABLA 1. Distribución de los pacientes diagnosticados con tumores malignos en la glándula parótida, según sexo y grupo de edades**

Grupo de edades (años)	Masculino		Femenino		Cantidad	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Menores de 50	2	9,5	0	0	2	9,5
50-59	5	23,8	2	9,5	7	33,3
60-69	8	38,1	3	14,3	11	52,4
70 y más	1	4,7	0	0	1	4,8
Total	16	76,2	5	23,8	21	100

En la **tabla 2** se observa que en el año 2020 se realizó el mayor número de diagnósticos, el 33,3 %, seguido del 2017 con un caso menos (28,6 %).

**TABLA 2. Pacientes con tumores malignos en la glándula parótida según año del diagnóstico**

Año	Cantidad	
	Nº	%
2017	6	28,6
2018	4	19,0
2019	4	19,0
2020	7	33,3
Total	21	100

En la **tabla 3** se listan los signos y síntomas presentes en estos pacientes. Se observó con mayor predominio el aumento de volumen (90,5 %), seguido del crecimiento rápido (85,7 %), la consistencia duropétreo y la fijación a los planos profundos (80,9 % en ambos casos) y dolor (71,4 %).

**TABLA 3. Distribución de los pacientes según síntomas y signos**

Signos y síntomas	Cantidad	
	Nº	%
Aumento de volumen	19	90,5
Crecimiento rápido	18	85,7
Consistencia duropétreo	17	80,9
Fijación en los planos	17	80,9
Dolor	15	71,4
Ganglios linfáticos regionales	5	23,8
Parálisis facial	2	9,5
Ulceración en la piel de la región parotídea	1	4,8

Los resultados de la **tabla 4** muestran el predominio en el diagnóstico histológico del carcinoma mucoepidermoide (42,9 %), seguido del carcinoma de células acinares (19 %), el carcinoma adenoideo quístico y adenocarcinoma (ambos con un 14,3 %).

**TABLA 4. Distribución de los pacientes según la clasificación histológica del tumor**

Clasificación histológica	Cantidad	
	Nº	%
Carcinoma mucoepidermoide	9	42,9
Carcinoma de células acinares	4	19,0
Carcinoma adenoideo quístico	3	14,3
Adenocarcinoma	3	14,3
Tumor mixto maligno	1	4,8
Otros carcinomas	1	4,8
Total	21	100

En la **tabla 5** se muestra los estadios al diagnóstico, donde predominaron los casos en Etapa I y II, con 47,6 % y 33,3 % respectivamente.

**TABLA 5. Distribución de los pacientes según el estadio al momento del diagnóstico**

Estadio	Cantidad	
	Nº	%
Etapa I	10	47,6
Etapa II	7	33,3
Etapa III	3	14,8
Etapa IV (A, B o C)	1	4,8
Total	21	100

## DISCUSIÓN

Las neoplasias malignas de las glándulas salivales no son frecuentes en la práctica médica diaria, pero llama la atención que presentan una notable variedad histopatológica, así como dificultades para su tratamiento. <sup>(15)</sup>

La mayoría de los autores reportan predominio de las afecciones en glándulas salivales en el sexo femenino. <sup>(1-3,8,11,14,16)</sup> Sin embargo en el presente estudio predominó el sexo masculino.

Con respecto a la edad, el grupo más afectado fue el de 60 a 69 años. Esto coincide con los datos expuestos por García, <sup>(17)</sup> aunque no se corresponde con otras investigaciones, donde predominan las edades de: 50 a 59 años, <sup>(1)</sup> 40 a 49 años, <sup>(18)</sup> o 31 a 40 años. <sup>(2)</sup>



A pesar de estas diferencias puntuales, se reconoce que la edad de diagnóstico de los tumores presenta su pico de incidencia entre la sexta y la séptima décadas de la vida. Existe una relación directamente proporcional entre el aumento en la edad del paciente y la aparición de cáncer de glándulas salivales, independientemente del lugar donde se realice el estudio, se refiere que el riesgo de desarrollar cáncer de glándulas salivales a los 25 años es de 0,002, a los 60 años es de un 0,01 y a los 85 años es de un 0,031. <sup>(4,18)</sup>

En cuanto al comportamiento anual del diagnóstico de neoplasias malignas de parótida, se realizó una comparación con otros estudios, con experiencias de neoplasias benignas y malignas, Campolo, <sup>(2)</sup> en su estudio realizado en 10 años, de 286 casos registró 56 neoplasias malignas. Sotelo, et al, <sup>(11)</sup> en 5 años de experiencia en dos instituciones, de 79 pacientes 18 fueron malignas. Jiménez et al, <sup>(14)</sup> en 5 años observaron un total de 137 neoplasias y entre estas, 52 malignas. Cubas, <sup>(18)</sup> en 3 años presentó 10 casos de neoplasias malignas, del total de 55 pacientes en su investigación. Cabe resaltar que las neoplasias malignas en glándulas salivales son menos frecuentes, con respecto a las benignas que son las predominantes a nivel mundial.

Es necesario insistir en el tiempo, en ocasiones prolongado, que transcurre desde el comienzo de los signos clínicos hasta la primera consulta, que puede suponer una extensión y diseminación de la enfermedad, un peor pronóstico y una peor respuesta terapéutica. <sup>(18)</sup> En la presente investigación predominaron como signos y síntomas principales el aumento de volumen, seguido el crecimiento rápido, la consistencia duropétre, la fijación a los planos profundos y el dolor.

Clínicamente se coincide con lo propuesto por algunos autores, <sup>(1,8,9)</sup> que refieren los tumores malignos tienen como elementos de sospecha o de transformación maligna: la presencia de rápido crecimiento, de un cambio en la velocidad de crecimiento, parálisis facial, fijación a planos superficiales o profundos y/o adenopatías metastásicas cervicales, parestesias, compromiso cutáneo o mucoso. Los tumores de lóbulo profundo se presentan como una tumoración parafaríngea, mientras que los benignos en glándula parótida se presentan como una tumoración indolora de crecimiento lento, la ausencia de adenopatías asociadas y dolor. <sup>(2,15)</sup> Sin embargo, la mayoría de las neoplasias parotídeas, tanto benignas como malignas, se presenta como una masa asintomática. <sup>(18)</sup>

El diagnóstico histológico es necesario para confirmar la sospecha de una neoplasia maligna. Actualmente, el estudio citológico mediante la punción y aspiración con aguja fina (PAAF), en manos expertas, alcanza una especificidad del 98 % y una sensibilidad del 80 %, y resulta muy útil para clasificar una neoplasia como benigna o maligna e identificar el subtipo tumoral. <sup>(9,19)</sup> La técnica es

simple, rápida, de bajo costo y con una muy baja tasa de complicaciones. <sup>(8)</sup>

La principal desventaja de la biopsia por aspiración con aguja fina es la variabilidad en la tasa de sensibilidad y especificidad entre enfermedad maligna y benigna. Su efectividad en interpretar lesiones neoplásicas es controvertida debido a la gran variedad de patrones morfológicos, diversidad celular y la superposición de resultados histopatológicos entre lesiones malignas y benignas de las glándulas salivales. <sup>(7)</sup>

Los carcinomas de glándulas salivales representan un gran número de diversas enfermedades nosológicas con patrones histopatológicos que se superponen entre las diferentes patologías tumorales y complican su diagnóstico. <sup>(14)</sup>

La neoplasia maligna más frecuente en este estudio fue el carcinoma mucoepidermoide, coincidiendo con la mayoría de los estudios, <sup>(1,2,14,16)</sup> que refieren el 20 % de la enfermedad maligna está representado por este tipo de carcinoma, que ocupa el primer lugar de los tumores malignos epiteliales, seguido por el carcinoma de células acinares, carcinoma adenoideo quístico, adenocarcinoma y carcinoma ex adenoma pleomorfo o tumor mixto maligno. <sup>(7)</sup>

El carcinoma mucoepidermoide es un tumor caracterizado por la proliferación de células mucosas, intermedias y escamosas con características de células claras, columnares y oncocitoides. Clínicamente, suele presentarse como tumoraciones firmes, fijas y no dolorosas, suelen estar mal delimitado, con áreas quísticas mucoides y sólidas. Hay una mezcla de células mucosas, escamosas e intermedias. Su comportamiento biológico es variable en función de los tres grados histológicos. <sup>(4)</sup>

El segundo de los tumores lo ocupó el carcinoma de células acinares, es reconocido como un carcinoma maligno de bajo grado cuya incidencia representa del 1 al 6 % de los tumores malignos de las glándulas, el 65 % nace en la glándula parótida. <sup>(20)</sup> Es una neoplasia constituida por una proliferación celular epitelial que muestra diferenciación acinar serosa con gránulos de cimógeno citoplásmicos. El crecimiento es lento con dolor vago e intermitente en un 33 % de los casos y en un 10 % cursa con parálisis. <sup>(4,21)</sup>

El estadiaje de los tumores de glándulas salivales se realiza basándose en el tamaño tumoral y la extensión local del tumor (T), metástasis a nódulos ganglionares regionales (N) y metástasis a distancia (M) (clasificación TNM). <sup>(4)</sup> De acuerdo con la investigación predominaron las Etapas I y II, la mayoría de los pacientes se presentaron con tumores menores o iguales de cuatro centímetros, con ausencia de ganglios regionales y no metástasis a distancia.

Al tener en cuenta el pronóstico en los tumores malignos, el estadio es más importante que el grado histológico. El tamaño del tumor al diagnóstico es un fuerte predictor del pronóstico, los tumores menores

de 4 cm muestran mayor supervivencia, menor riesgo de metástasis locorregionales y a distancia. También se ha evidenciado que la radioterapia adyuvante mejora la supervivencia en tumores mayores de 4 cm, pero obtiene un beneficio limitado en los tumores más pequeños. <sup>(1)</sup>

En cuanto a las neoplasias de glándulas salivales con adenopatías, se aconseja además realizar la búsqueda de metástasis pulmonares y óseas. De las metástasis parotídeas el 50 % suelen ser la primera manifestación de un tumor primario previamente desconocido, incluso en ocasiones se diagnostican varios años después de realizar una parotidectomía o se diagnostican simultáneamente con el tumor primario. <sup>(19)</sup>

Las opciones de tratamiento y el pronóstico dependen del estadio del cáncer (sobretudo el tamaño del tumor), el tipo de glándula salival afectado, el tipo de células cancerosas (como lucen bajo el microscopio), la edad y salud general del paciente. <sup>(4)</sup>

La terapéutica de las neoplasias malignas de la glándula parótida tiene como objetivo fundamental controlar la enfermedad y conservar la función del nervio facial cuando sea posible. La resección quirúrgica completa es la opción de elección cuando se pueden lograr márgenes quirúrgicos libres de infiltración. Los pacientes con neoplasias malignas de bajo grado generalmente se suelen tratar únicamente con cirugía. Los pacientes con carcinomas de alto grado suelen requerir cirugía y radioterapia (RT) adyuvante, con o sin quimioterapia (QT) o inmunoterapia asociada. <sup>(9)</sup>


Al realizar un análisis de las literaturas con respecto a las neoplasias malignas de glándulas salivales se observa que a pesar de ser poco frecuente, pueden traer consigo secuelas significativas hasta metástasis, de ahí hacer hincapié de conocer la sospecha clínica de malignidad, un estudio exhaustivo y la importancia de la histología, para realizar un correcto diagnóstico y tratamiento.


## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:


1. Resendiz Amezcua JM, Contreras Álvarez PJ, Iznaga Marín NL. Tumores de glándulas salivales. Revista Cubana de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello [revista en internet]. 2022 [citado 26 de enero 2022]; 6(1): e333. Disponible en: <http://www.revotorrino.sld.cu/index.php/otl/article/view/333>.
2. Campolo González A, Ramírez Skinner H, Vargas Díaz A, León Ramírez A, Goñi Espildora I, Solar González A. Perfil epidemiológico de neoplasias epiteliales de glándulas salivales. Rev. méd. Chile [revista en internet]. 2018 [citado 10 de enero 2022]; 146(10): 1159-1166. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872018001001159>.
3. Méndez Fuentes LA. Parotidectomía superficial y total en neoplasias parotídeas: 10 años de experiencia cirugía maxilofacial en el Salvador. CREA CIENCIA [revista en internet]. 2020 [citado 10 de enero 2022]; 12(2). Disponible en: <http://dsuees.uees.edu.sv/xmlui/handle/20.500.11885/418>.
4. Jiménez Vidal N. Tumores malignos de glándulas salivales mayores en la Comunidad de Madrid. Epidemiología descriptiva y análisis de supervivencia [tesis]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2017 [citado 10 de enero 2022]. Disponible en: <https://eprints.ucm.es/id/eprint/49707/1/T40445.pdf>.
5. Izaguirre González AI, Zerón Moreno J. Parotiditis reemergente: un nuevo brote epidémico. Rev. Med. Hondur. [revista en internet]. 2018 [citado 10 de enero 2022]; 86(1-2). Disponible en: <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2018/pdf/Vol86-1-2-2018-18.pdf>.
6. Viñallonga Sardà X. Patología de las glándulas salivales. Pediatr. Integral [revista en internet]. 2017 [citado 10 de enero 2022]; XXI(7): 474-483. Disponible en: [https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2017/xxi07/04/n7-474-483\\_XaviVillalonga.pdf](https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2017/xxi07/04/n7-474-483_XaviVillalonga.pdf).
7. Morales Cadena GM, Durán Ruíz EE, Fonseca Chávez MG, Valente Acosta B. Eficacia de la biopsia por aspiración con aguja fina en enfermedad de las glándulas salivales. An. Orl. Mex. [revista en internet]. 2020 [citado 10 de enero 2022]; 65(1): 14-20. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/anaoto mex/aom-2020/aom201c.pdf>.
8. Cavo J, Cancela F, Noria A, Costas G. Correlación cito-histológica en tumores de glándula parótida. An. Facultad Med. (Univ Repúb Urug) [revista en internet]. 2019 [citado 10 de enero 2022]; 6(1): 28-34. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/afm/v6n1/2301-1254-afm-6-01-48.pdf>.
9. Noria A, Costas G. Correlación cito-histológica en tumores de glándula parótida. An. Facultad Med. [revista en internet]. 2019 [citado 10 de enero 2022]; 6(1): 28-34. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/afm/v6n1/2301-1254-afm-6-01-48.pdf>.
10. Machío N, Pozo Kreilinger JJ, Barajas Blanco M, del Castillo Pardo de Vera JL, Malet Contreras A, Burgueño García M, et al. Tumores malignos de las glándulas salivales: estudio retrospectivo de los pacientes tratados en el Hospital La Paz entre 2008 y 2018. Rev. Esp. Cirug. Oral y Maxilofac. [revista en internet]. 2021 [citado 10 de enero 2022]; 43(3): 90-95. Disponible en: [https://www.revistacirugiaoralymaxilofacial.es/Ficheros/1536/4/02\\_OR\\_Machio\\_esp.pdf](https://www.revistacirugiaoralymaxilofacial.es/Ficheros/1536/4/02_OR_Machio_esp.pdf).


11. Dávila Ruiz EO, Vásquez Ciriaco S, García Manzano RA, Morales Chairez V, Arrecillas Zamora M, Juárez López JM, et al. Carcinoma mioepitelial en glándula parótida. Revisión de la literatura y reporte de caso. *Gac. Mex. Oncol.* [revista en internet]. 2020 [citado 10 de enero 2022]; 19(Suppl): 10-14. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.24875/j.gamo.19000295>.
12. Sotelo Gavito JJ, Pérez Montaña M, Alderete Vázquez G, Capetillo Hernández G, Grube Pagola P. Tumores de glándulas salivales en Veracruz. Experiencia de dos instituciones. *Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc.* [revista en internet]. 2018 [citado 10 de enero 2022]; 56(2): 154-7. Disponible en: <http://www.revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/1198>.
13. González Sánchez Y, Carreras Martorell CL, Jiménez Fuentes A, Gutiérrez Galán I, Duany Baderas K. Efectividad de la succión desembrozante en pacientes con procesos inflamatorios de las glándulas salivales mayores. *MEDISAN* [revista en internet]. 2020 [citado 10 de enero 2022]; 24(1): 76-87. Disponible en: <http://www.medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/2831>.
14. Cepeda Uceta MM, Zerpa V, Moya Martínez R, Tresserra Casas F, Doménech Juan I, Sapino S. Cistadenocarcinoma papilar de parótida: reporte de caso. *REVISTA FASO* [revista en internet]. 2021 [citado 10 de enero 2022]; 28(3). Disponible en: <http://faso.org.ar/revistas/2021/3/6.pdf>.
15. Jiménez Rodríguez Y, Coca Granado RM, Delis Fernández RE, Artilles Martínez D, Durán Morales D. Tumores de glándulas salivales. Experiencia de cinco años. *Acta Médica del Centro* [revista en internet]. 2021 [citado 10 de enero 2022]; 15(2). Disponible en: <http://www.revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/1198>.
16. Rubio Pampín MM, Hernández Melgarejo Y, Sánchez Camacho LM, Martínez Larrarte JP. Estudio biopsico de tumores en glándulas salivares. *Revista Cubana de Reumatología* [revista en internet]. 2015 [citado 10 de enero 2022]; 17(3): 187-192. Disponible en: <http://revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/437>.
17. 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* [revista en internet]. 2018 [citado 10 de enero 2022]; 78(4): 385-391. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-75262018000400385>.
18. García PE, Samar Romani ME, Ávila RE. Carcinoma indiferenciado tipo células grandes de parótida: características clinicohistológicas. *Patología Rev. Latinoam.* [revista en internet]. 2017 [citado 10 de enero 2022]; 55(1): 18-23. Disponible en: <http://www.revistapatologia.com/content/250319/2017-1/03-Garcia.pdf>.
19. Cubas Escobar D, Corrales Reyes IE. Caracterización de pacientes con neoplasias de glándulas salivales mayores tratadas quirúrgicamente en un hospital universitario cubano. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas* [revista en internet]. 2021 [citado 10 de enero 2022]; 40(3): e1136. Disponible en: <http://www.revibiomedica.sld.cu/index.php/ibi/article/view/1136>.
20. Sánchez Legaza E, Guerrero Cauqui R, Gallego Gallegos R. Metástasis en glándula parótida por carcinoma microcítico pulmonar. descripción de un caso. *Rev. ORL* [revista en internet]. 2020 [citado 10 de enero 2022]; 11(2): 237-241. Disponible en: <https://doi.org/10.14201/orl.19886>.
21. Serrú Estévez AL, Guevara Olazabal F, Martín Suárez YE. Carcinoma de células acinares de parótida con patrón folicular. *Revista Cubana de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello* [revista en internet]. 2021 [citado 10 de enero 2022]; 5(3): e210. Disponible en: <http://www.revotorrino.sld.cu/index.php/otl/article/view/210>.
22. Duque A. Punción aspiración con aguja fina de lesiones de glándula salival. *Acta Cient. Estud.* [revista en internet]. 2016 [citado 10 de enero 2022]; 11(1): 8-15. Disponible en: <http://actacientificaestudiantil.com.ve/wp-content/uploads/2020/05/V11N1A1.pdf>.


### Contribución de los autores

Carmen Eilyn Rivero-Granado |  <https://orcid.org/0000-0002-3998-7274>. Participó en: conceptualización e ideas; investigación; curación de datos; validación; análisis formal; visualización; redacción del borrador original; redacción, revisión y edición final.

Irenia Meili León-Céspedes |  <https://orcid.org/0000-0002-2817-5078>. Participó en: investigación; curación de datos; análisis formal; redacción del borrador original; redacción, revisión y edición final.

Elizabeth Vázquez-Blanco |  <https://orcid.org/0000-0002-1332-3808>. Participó en: investigación; curación de datos; validación; análisis formal; visualización; redacción del borrador original; redacción, revisión y edición final.

Esperanza Valerino-Guzmán |  <https://orcid.org/0000-0002-2292-3151>. Participó en: análisis formal; redacción del borrador original; redacción, revisión y edición final.

Héctor Jorge Vázquez-Ortíz |  <https://orcid.org/0000-0002-9997-6147>. Participó en: análisis formal; redacción del borrador original; redacción, revisión y edición final.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

Este artículo está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), los lectores pueden realizar copias y distribución de los contenidos por cualquier medio, siempre que se mantenga el reconocimiento de sus autores.