

PATOLOGIA QUIRURGICA DE LA GLANDULA SUBMAXILAR. REVISION DE 200 CASOS

por los Dres.

COSME GAY ESCODA (*) (**)

XAVIER COSTA CODINA (*)

LEONARDO BERINI AYLES (**)

BARCELONA

INTRODUCCION

Durante el período comprendido entre enero de 1975 y diciembre de 1980, se han llevado a cabo 200 submaxilectomías. Ello no implica que obviamente el número de procesos patológicos de las glándulas submaxilares que hemos tratado ha sido mayor, puesto que parte de la patología inflamatoria no ha requerido la cirugía como terapéutica.

Cabe resaltar que durante este lapso de tiempo se habían efectuado un total de 375 intervenciones sobre glándulas salivales, no reflejando esta cifra las pequeñas intervenciones del tipo biopsia de glándulas salivales menores, marsupialización de mucocelos, desbridamientos, etc.

Observemos los porcentajes de la patología quirúrgica de la glándula submaxilar respecto con la del resto de glándulas salivales. Tabla n.º I. De estas cifras sacamos conclusiones que no representan ninguna novedad si las comparamos a estadísticas más completas de otros autores (1) (8) (19):

a. — Dominio de la patología quirúrgica de las glándulas salivales mayores.

b. — Preponderancia de la patología quirúrgica de la glándula parótida dentro de la casuística tumoral.

c. — Absoluta mayoría de las submaxilectomías en el terreno no tumoral.

d. — Pobreza de la patología de la glándula sublingual.

SUBMAXILECTOMIAS. CASUISTICA

Resaltamos de nuestra casuística los siguientes datos:

a) Se observa una relación ya clásica dentro de la patología de la

(*) Hospital General de Granollers. Servicio de Cirugía General y Traumatología. Sección de Cirugía Máxilo-Facial. Granollers (Barcelona).

(**) Ciudad Sanitaria «Valle Hebrón». Servicio de Cirugía Máxilo-facial. Barcelona.

glándula submaxilar, que es el predominio de varones afectados en relación de 2 a 1 respecto a las hembras (137 casos por 63).

b) Sin ninguna significación práctica, pero como curiosidad, resaltamos un mayor número de submaxilectomías izquierdas, con un total de 146 casos lo que representa el 73 por ciento.

c) En cuanto a la edad (Figura 1), observamos casos entre edades límite de 20 y 72 años, aunque el máximo está situado entre los 30 y 40 años. Es significativa la ausencia de individuos menores de 20 años en nuestra casuística.

d) Por lo que hace referencia a la relación edad-patología, vemos que hay un claro reparto: preponderancia de patología no tumoral en individuos menores de 45 años (140 casos, lo que viene a ser un 88 por ciento de la patología no tumoral) y dominio de la patología tumoral en mayores de 45 años (28 de los 32 casos, lo que representa el 87 por ciento).

e) La relación sexo-histología no muestra ninguna diferencia.

PATOLOGIA NO TUMORAL

Los dictámenes anatomopatológicos de los 168 casos, se reparten según se indica en la Tabla n.º II.

1. — *Submaxillitis litiásica.* —

De nuestro estudio extraemos las siguientes conclusiones:

a) Normalmente nuestras intervenciones han sido siempre sobre submaxillitis crónicas, repetidos episodios de cólicos salivales son el factor determinante de la indicación quirúrgica. En 26 casos, lo que representa le 28 por ciento del total, se recoge en la anamnesis una historia superior a los 2 años de sintomatología.

b) El estudio radiológico es de gran utilidad en el diagnóstico de las calculosis, aunque ello no es taxativo. Así, en 71 casos, el 73 por ciento del total existía un diagnóstico previo gracias a la radiología, mientras que en el resto de los casos los cálculos eran radiotransparentes o no se visualizaron y se llegó al diagnóstico de submaxillitis litiásica después del estudio histológico de la pieza.

c) Un 60 por ciento de pacientes refieren haber tenido la sensación subjetiva de arenilla en la boca.

d) La evidencia macroscópica de cálculo no es un hecho constante para el cirujano; así, en nuestros 96 casos nos hemos encontrado, por lo que hace referencia a la topografía de los cálculos (Figura 2):

— en 19 de ellos (16 por ciento) se había extraído un cálculo intraductal anteriormente a la intervención y al persistir la clínica hubo que llegar a la submaxilectomía. Como norma general diremos que ante un único cálculo situado proximalmente en el conducto de WARTHON,

TABLA N.º I. INTERVENCIONES SOBRE GLANDULAS SALIVALES

Región	N.º de casos	Patología TUMORAL	Patología NO TUMORAL
Parótida		96 (53 %)	24 (12 %)
Submaxilar	120 (32 %)	32 (17 %)	168 (86 %)
Sublingual	200 (53 %)	1 (2 %)	3 (1 %)
Glándulas salivales menores	4 (2 %)		
	51 (13 %)	51 (28 %)	0
TOTAL	375	180	195

TABLA N.º II. PATOLOGIA NO TUMORAL

1. — Submaxilitis litíásica: 96 casos
2. — Submaxilitis inespecífica: 54 casos
3. — Submaxilitis específica: 2 casos
4. — Submaxilitis en enfermedades sistémicas: 6 casos
5. — Submaxilitis de dudosa catalogación histológica: 10 casos

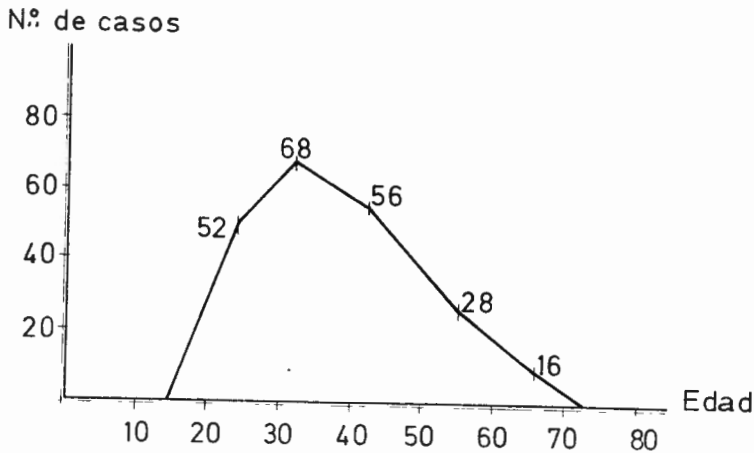


Fig. 1

Gráfica de la distribución de los casos según la edad del paciente.

intentaremos siempre su exéresis y adoptamos una postura expectante. Si el cálculo es distal, generalmente situado en el recodo que describe el conducto cuando sobrepasa el milohioideo, o bien si es intraparenquimatoso, adoptamos normalmente una postura intervencionista.

— 5 pacientes referían la expulsión espontánea de uno o varios cálculos (5 por ciento del total).

— en 28 casos, los cálculos que eran intraglandulares y macroscópicamente se pudieron ya observar en el corte de la pieza operatoria, lo que representa el 29 por ciento del total.

— en 21 casos los cálculos fueron extraídos del conducto de WARTHON en el mismo tiempo operatorio (21 por ciento del total), lo que hace suponer que estaban alojados en la parte distal del conducto.

— en los restantes 23 casos no se especifica ningún hallazgo macroscópico, por lo que hay que pensar que se ha llegado al diagnóstico de submaxilitis litíásica después del examen histológico (24 por ciento del total).

e) La forma clínica más frecuente que hemos observado en las calculosis ha sido una submaxilitis subaguda, con episodios de supuración a través de la desembocadura del WARTHON reiterativos; esta forma ha sido vista en 45 casos y hay que resaltar que el 20 por ciento de estos pacientes por lo menos había sufrido cinco episodios inflamatorios. Hemos visto, asimismo, 34 casos de submaxilitis supurada aguda y únicamente 17 casos de absceso agudo de la celda submaxilar que obligó a desbridamiento por vía externa en una primera etapa.

2. — *Submaxilitis inespecíficas.* —

En 51 casos de los 54 vistos, el diagnóstico clínico había sido de submaxilitis supurada. Sospechamos que la lesión glandular era secuela bien de una submaxilitis bacteriana, que es la propia de sujetos con déficits inmunológicos y que se realiza por vía ascendente, bien tras una submaxilitis vírica que no llega a ser diagnosticada (11).

Hay que decir, sin embargo, que por la clínica se había sospechado en 21 pacientes, la posibilidad que en la génesis hubiese intervenido un cálculo, lo que no se pudo demostrar ni por radiología ni histológicamente.

3. — *Submaxilitis específicas.* —

En sólo 2 ocasiones hemos obtenido el diagnóstico de «glándula submaxilar con infiltrado tuberculoso», y en ambos casos estaba asociado a la existencia de adenopatías fímicas en la celda submaxilar y manifestándose con una clínica leve de absceso subagudo.

Cabe resaltar la insignificante proporción de submaxilitis fímicas que se diagnostican, en relación con la elevada incidencia de adenitis tuberculosas cervicales que estamos observando (6).

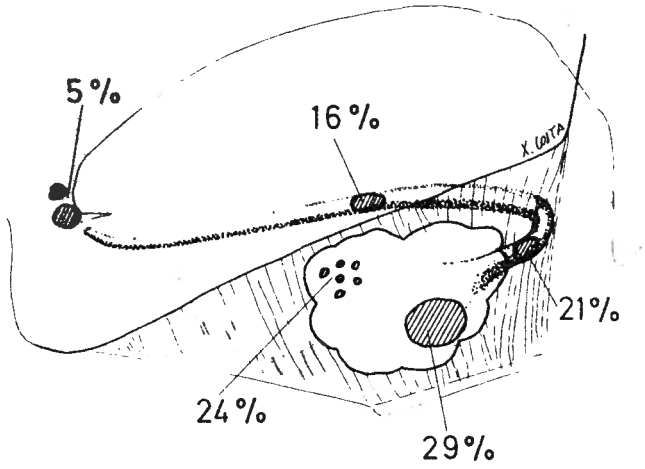


Fig. 2
Esquema de las distintas situaciones de los cálculos en la glándula submaxilar. Porcentajes de nuestra casuística.



Incisión para submaxilectomía

Fig. 3
Incisión para submaxilectomía (3-4 cm. por debajo del borde de la mandíbula).

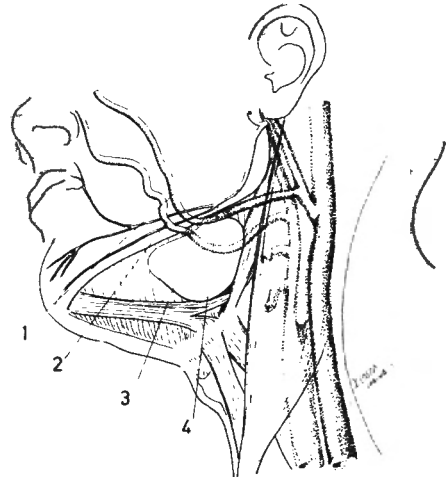


Fig. 4
Anatomía de la celda submaxilar. 1: arteria facial, 2: vena facial, 3: glándula submaxilar, 4: rama mandibular del nervio facial.

4. — *Submaxilitis en enfermedades sistémicas.* —

Bajo este epígrafe discutible hemos agrupado 4 casos de Síndrome de MIKULICZ y 2 casos de Sarcoidosis. Resaltamos que no hay mención del Síndrome de SJÖGREN, enfermedad cada vez diagnosticada con más precisión y por ello en engañoso aumento; esta falta en nuestra estadística se debe, sin duda, al hecho que preferimos siempre biopsiar las glándulas salivales menores del vestíbulo labial, acción inocua y de igual fiabilidad (14).

Conviene decir aquí, en contra a la actitud expectante que solemos tener ante los Síndromes de MIKULICZ, que pueden pasar desapercibidas otras enfermedades de mayor trascendencia, como por ejemplo un linfoma, hecho que hemos visto, pero localizado en la parótida (5).

5. — *Submaxilitis de dudosa catalogación histológica.* —

Verdadero cajón de sastre en el que se incluyen dictámenes histológicos como «hipertrofia glandular», «ectasia de los conductos», etc. que seguramente correspondían al grupo de las sialoadenosis según la terminología de RAUCH (8). En total 10 casos.

PATOLOGIA TUMORAL

Sólo contabilizamos los tumores de la glándula que consideramos como primarios, despreciando las raras metástasis del parénquima glandular provenientes de neoplasias del territorio máxilo-facial, dejando bien claro que sí son frecuentes otras dos eventualidades (7) (15):

— invasión por continuidad del parénquima.

— adenopatías metastásicas de la celda submaxilar.

Adaptando la terminología de RAUCH y GORLIN (83) (17), hemos tratado:

a. *Sialomas.* —

— Benignos	Adenoma pleomorfo	17 casos
	Cistoadenoma papilífero	2 casos
— Baja malignidad ...	Tumor de células acinosas	1 caso
	Tumor mucoepidermoide	2 casos
— Alta malignidad	Carcinoma adenoide quístico	5 casos
	Adenocarcinoma	2 casos

b. *Sinsialomas.* —

— Lipoma		1 caso
— Linfosarcoma linfoblástico		1 caso
— Carcinoma en tejido tiroideo ectópico		1 caso

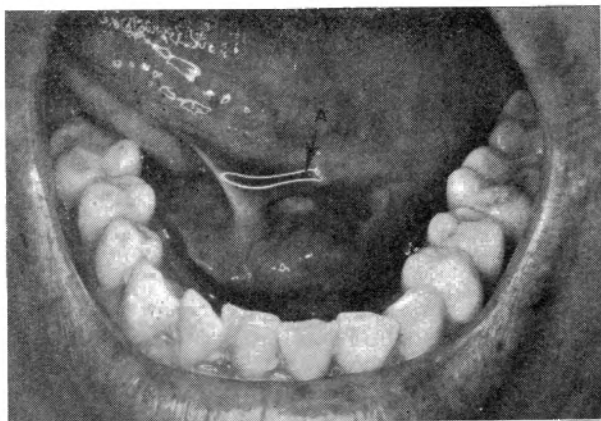


Fig. 5
Visión intraoral en un episodio agudo de sialolitiasis, en (A) se señala la situación del cálculo.



Fig. 6
Tumefacción de la celda submaxilar por sialolitiasis submaxilar.



Fig. 7
Ortopantomografía de un paciente afecto de litiasis submaxilar, evidenciándose en (A) cálculos intraglandulares.

Destacamos de todo ello la baja proporción de tumores de la glándula submaxilar respecto a la parótida, tres veces más frecuentes.

Asimismo, el dominio de los adenomas pleomorfos dentro de los tumores benignos (16) y consignar las rarezas que son un lipoma (que no debe confundirse con la hiperlipomatosis intersticial de las sialoadenosis [9]) y el carcinoma en tejido tiroideo ectópico.

DIAGNOSTICO

Nos basamos en:

1. — Anamnesis.

2. — Inspección y palpación, es de sumo interés la palpación bimanual, ya que suele ser un buen modo para localizar un posible cálculo. También es importante observar si hay o no supuración a través del conducto de WARTHON, si no fluye saliva o la calidad de ésta, tras la expresión manual de la glándula.

3. — Siguen siendo válidas y a nuestro juicio las de mayor trascendencia de cara al diagnóstico, las maniobras exploratorias clásicas, son pues, la clave para determinar si estamos o no ante patología tumoral o inflamatoria, y siempre nos orientan sobre la probable benignidad o malignidad de los tumores (1) (5). Son:

- Velocidad de crecimiento
- Forma y límites
- Consistencia
- Adherencia a planos profundos y superficiales
- Dolor
- Alteraciones vasculares (telangectasias, etc.)
- Alteraciones neurológicas (paresias, parálisis, etc.)
- Presencia de adenopatías metastásicas o inflamatorias cervicales.

4. — Exploraciones radiológicas:

— RX oclusal. Por su simplicidad y su valor merece ser siempre practicada. En 71 de nuestros 96 casos de litiasis submaxilar, se pudo demostrar la presencia de uno o varios cálculos, en los 25 casos restantes la exploración fue negativa. En los 30 casos de submaxilitis inespecífica, sólo hubo dudas de existencia de cálculos en tres casos que no tuvieron confirmación histológica.

— Ortopantomografía. Suele ser una buena exploración para visualizar grandes cálculos, aunque en ello no mejora ni mucho menos la placa oclusal. Da buena visión de los cálculos intraglandulares.

— Xerografía. Sobre todo combinada con la sialografía, proporciona imágenes de gran interés. La desventaja es que la exploración es

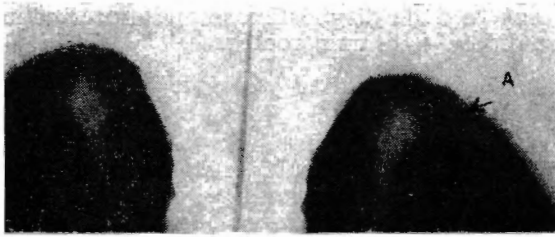


Fig. 8
Placa oclusal de un paciente con litiasis submaxilar. Se señala en (A) la situación del cálculo.

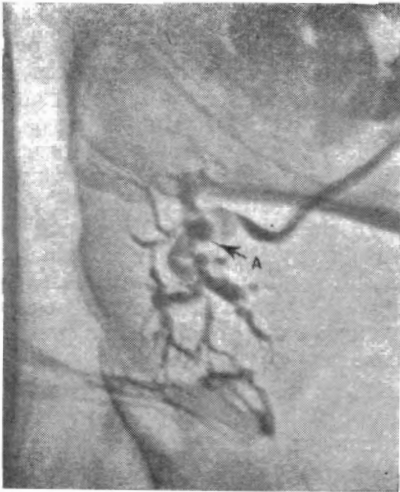


Fig. 9
Xeroradiografía en paciente afecto de sialolitiasis submaxilar. Marcamos en A la situación del cálculo.



Fig. 10
Tumefacción submaxilar de crecimiento lento. Diagnóstico histológico: Sarcoidosis.



Fig. 11
Trazado de la incisión en la mucosa labial para realizar biopsia de glándulas salivales menores, para el diagnóstico del Síndrome de Sjögren.



Fig. 12
Tumefacción de ambas celdas submaxilares. Diagnóstico histológico: lesión linfocitárica benigna o Enfermedad de Mikulicz.

cara, pero en casos de duda diagnóstica se pudo localizar bien un cálculo, tal como sucedió en 4 de nuestros casos.

— Sialografía. Por su dificultad y complejidad de su interpretación, merece capítulo aparte.

Observamos que se efectuó en 85 de las 200 submaxilectomías reportadas. En 74 casos el diagnóstico histológico correspondió a una submaxilitis o sea patología no tumoral, patología que importa un total de 168 casos. En los restantes 11 casos, el diagnóstico final fue de tumor submaxilar (total de 32 casos).

Estas cifras vienen a confirmar que la sialografía no ha tenido para nosotros una indicación precisa y que hay que admitir que su indicación ha dependido de circunstancias personales.

Estudiemos en primer lugar los resultados obtenidos en la patología no tumoral. Dentro del capítulo de las submaxilitis litíásicas, en los 54 casos que se efectuó, del total de 96, en todos ellos se observaron alteraciones del parénquima y presencia de cálculos. En los otros 30 casos la presencia de cálculos era tan evidente, bien por la exploración clínica bien por la radiología simple, que nos ahorramos esta prueba. En los otros 12 casos no se practicó por estar en fase aguda de supuración. Por lo que se refiere a los 54 casos de submaxilitis inespecíficas, en 15 ocasiones se practicaron sialografías, en 10 de ellas se puso de manifiesto imágenes patológicas compatibles con una sialoadenitis crónica. En el resto de patología no tumoral, 19 casos, se practicaron 5 sialografías, con resultado positivo de «imagen sospechosa de proceso inflamatorio crónico» únicamente en 3 casos.

En el caso de los tumores submaxilares, se efectuaron 11 sialografías, todas ellas con imagen sospechosa y diagnóstico radiológico de probable tumor, aunque no especificándose las características de benignidad o malignidad del mismo.

5. — Otros métodos diagnósticos (11):

- Sialometría
- Frotis salival
- Termografía
- Gammagrafía
- T.A.C.

No solemos emplearlos por su poca fiabilidad, aunque reconocemos su utilidad para casos muy concretos.

TRATAMIENTO

Todas las 200 submaxilectomías, han sido efectuadas bajo intubación nasotraqueal y anestesia general.

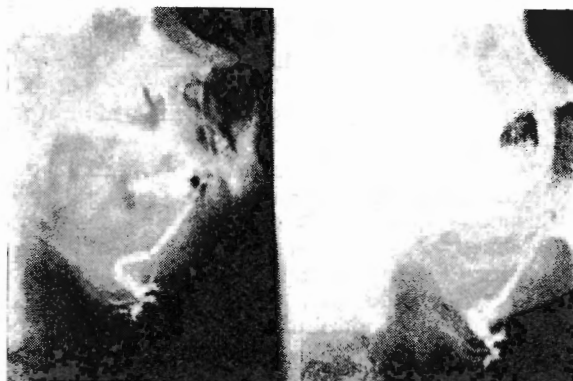


Fig. 13
Sialografía de un paciente con sialolitiasis submaxilar.

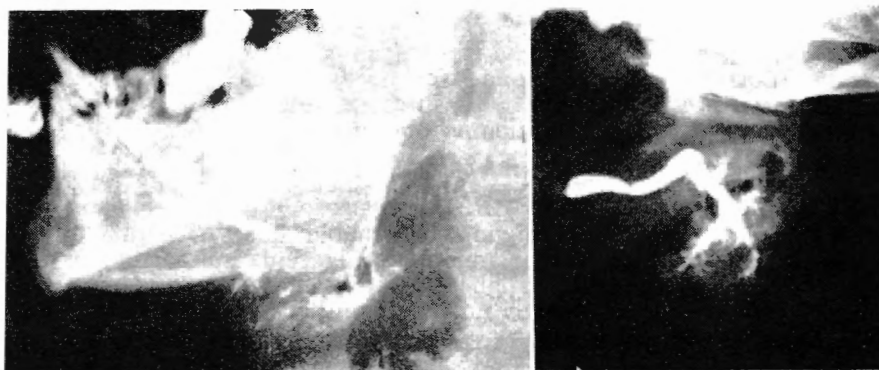


Fig. 14
Sialografía en la que se evidencia un stop, producido por un cálculo situado en el conducto de Warthon.

Fig. 15
Sialografía de paciente con litiasis submaxilar. Imagen típica de dilatación del conducto de Warthon. Se pueden ver varios pequeños cálculos intraglandulares.



Fig. 16
Tumoración de la celda submaxilar.

1. — *Submaxilitis no tumorales.* —

Siempre se ha seguido la vía cutánea clásica y normalmente se ha ligado la arteria facial; cabe resaltar que ésta se ha podido preservar en un 15 por ciento de ocasiones, coincidiendo con una facilidad de clivaje.

Nunca hemos utilizado la vía intraoral, preconizada por algunos autores (4) (13), ya que el riesgo de lesión de elementos vásculo-nerviosos nos hacen desaconsejable esta técnica. Por vía intraoral únicamente hemos efectuado, bajo anestesia local, la exéresis de un cálculo único que se localice cerca de la carúncula o bien en la parte anterior del conducto de WARTHON, se ha practicado en 29 casos, con pronóstico diverso a posteriori ya que la glándula suele conservar su poder litógeno.

Normalmente efectuamos lo más cerca posible de la glándula la ligadura del conducto de WARTHON, prestando en esta acción a no lesionar el nervio lingual, que en la mayoría de los casos se identifica y separa bien (10); sin embargo, no hay que olvidar el repaso del trayecto del conducto en su vertiente oral, ya que ello puede ser causa de olvido de un cálculo intraoral y por ello motivo de continuación de sintomatología y de una nueva intervención. Si de entrada se sospecha una calculosis intraductal, puede ser necesario efectuar la resección del conducto de WARTHON por vía intraoral (atención a no lesionar el nervio lingual), en el mismo tiempo operatorio (12).

2. — *Tumores submaxilares.* —

Cuando el tumor es benigno, confirmable si se hace una biopsia preoperatoria, efectuar un vaciamiento de la celda submaxilar es suficiente (11). Si el tumor es maligno, además de la exéresis glandular, se efectuará el tratamiento de los nódulos linfáticos cervicales (3).

Así, en 6 casos coincidiendo con el pronóstico de «alta malignidad» se efectuó un vaciamiento ganglionar radical de tipo profiláctico (es decir, que eran casos sin adenopatías palpables) en el mismo tiempo operatorio. En otros 4 casos, en tumores de «baja malignidad», el vaciamiento fue a posteriori, con carácter curativo, ya que habían aparecido metástasis (2). En el caso de los tumores malignos, a los que hay que añadir los linfomas, hay que efectuar tratamientos multidisciplinarios, con radioterapia y/o citostáticos.

El término medio de hospitalización ha oscilado entre los 5 y los 12 días.

COMPLICACIONES

Suelen ser infrecuentes y de poca importancia, si se sigue una técnica quirúrgica reglada.

1. — *Complicaciones precoces.* —

a) Paresia de la rama mandibular del nervio facial o nervio marginal, que suele darse bien por una incisión incorrecta por ser dema-

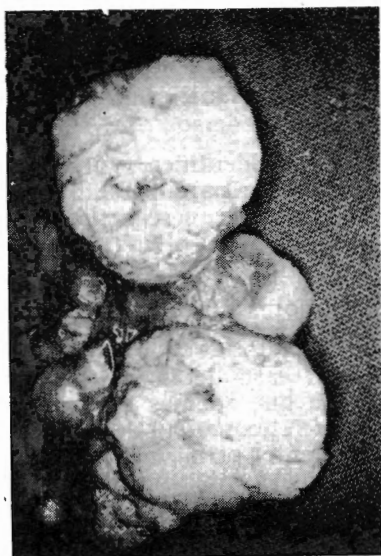


Fig. 17
Pieza operatoria del caso de la figura n.º 16. Diagnóstico histológico: adenoma pleomorfo o tumor mixto de la glándula submaxilar.



Fig. 20
Estado de la cicatriz a los 15 días de haber realizado una submaxilectomía. El resultado estético suele ser muy bueno.



Fig. 18
Tumoración de la celda submaxilar. Diagnóstico histológico: adenoma monoformo de la celda submaxilar.



Fig. 19
Tumor maligno de la glándula submaxilar, evidenciándose la parésia de la rama mandibular del nervio facial afectada por el tumor.

siado cercana a la basilar de la mandíbula (Figura 3) o bien cuando la disección es dificultosa debido a la existencia de adherencias, motivadas por numerosos episodios inflamatorios. En nuestra casuística han regresado espontáneamente en un plazo que va desde los 15 días a los 6 meses (11 casos); resaltamos también que ha habido 2 casos de paresia permanente.

b) Disestesia del nervio lingual, rara si se identifica y preserva el tronco nervioso ya que tiene volumen suficiente para verse a simple vista; hemos observado parestesias en 2 pacientes, con regresión espontánea en ambos.

c) Lesión del nervio hipogloso, por su situación anatómica, es mucho más difícil que en los dos casos anteriores. No hemos observado ningún caso.

d) Fístula salival, es excepcional en el caso de la glándula submaxilar, no así en la parotidectomía (19), ya que además de extirparse toda la glándula, se puede ligar perfectamente el conducto de WARTHON. De todas formas hemos recogido dos casos, en el primero posiblemente hubo un fallo en la ligadura del conducto y el otro caso correspondía a una biopsia efectuada fuera de nuestros Servicios. En el primer caso hubo una curación espontánea sin necesidad de efectuar tratamiento de ningún tipo, y en el segundo se solucionó al efectuar la submaxilectomía puesto que se trataba de un adenoma pleomorfo.

Aprovechamos la ocasión para decir que no consideramos correcta la biopsia de la glándula submaxilar, ya que al hacerse con un campo pequeño, sin identificar correctamente las estructuras vásculo-nerviosas que atraviesan la celda submaxilar (Figura 4), y al tener que romper la cápsula de la glándula, la posibilidad de aparición de complicaciones es muy superior a las que solemos ver tras la submaxilectomía. Como en el caso de la parótida (5), hay que ser más radical, para nosotros la intervención mínima a practicar es la submaxilectomía total, quedando proscrita la biopsia o las exéresis parciales que no tienen ningún sentido.

e) Hematoma de la celda submaxilar, recogido en 4 ocasiones, no observándose en la actualidad ya que dejamos sistemáticamente un drenaje tipo *Redon* durante las primeras 72 horas.

f) Linforragia, hemos visto 1 caso en relación con el vaciamiento ganglionar cervical que se efectuó al tratarse un tumor maligno, no es pues una complicación específica de la submaxilectomía.

g) Infección postoperatoria, 6 casos en total, siendo necesario un desbridamiento posterior en 2 de ellas.

2. — *Complicaciones tardías.* —

a) Funcionales. Hay que resaltar que nunca se han quejado nuestros pacientes de falta de salivación, en 2 casos ha permanecido un dolor residual, en relación con la ingesta.

b) Estéticas. En 4 pacientes ha habido una cicatriz que loide,

mientras que en otros 5 la cicatriz ha sido francamente inestética, cabe decir que en estos últimos casos la intervención hubo de practicarse persistiendo la sintomatología en fase aguda. En otros tres pacientes recogemos una insatisfacción del resultado conseguido debido a que tras la intervención quedó una marcada depresión de la celda submaxilar. En este apartado no se han considerado los casos tumorales.

c) Patológicas. Recogemos aquí dos casos, en el primero de los cuales hubo que reintervenir para buscar un cálculo que había pasado desapercibido en la primera intervención. Es curioso resaltar que este cálculo se halló en una situación paratraqueal, interpretándose este hecho que el cálculo había salido de los límites de la cápsula glandular en el curso de un brote agudo y había migrado hasta esta nueva situación siguiendo el plano muscular del cutáneo del cuello y dando por sí sólo patología igual a la de un cuerpo extraño. En otro caso se constató la aparición de un mucocele del tipo «plunging ranula»; la causa de esta complicación es ampliamente discutida (18), pero la etiología más verosímil es creer que existe una combinación de hernia de la glándula sublingual a través del músculo milohioideo y la obstrucción del conducto de drenaje de la glándula sublingual. En nuestro caso se solucionó realizando escisión por vía cervical combinada con exéresis de la glándula sublingual por vía intraoral (20).

Dr. Cosme Gay Escoda
San Elías, 42. Barcelona-6

BIBLIOGRAFIA

- (1) BATSAKIS, J. G. — Tumours of the head and neck. Ed. Williams Welkins. Baltimore. 1974.
- (2) BEAHR'S., O. H. — Anatomía quirúrgica y técnica de la disección radical de cuello. Clínicas quirúrgicas de Norteamérica. Agosto 1977. 663-699.
- (3) CACHIN, Y. — Les tumeurs des glandes salivaires. Conference Institut Gustave-Roussy. Curso de Carcinología Cérvico-facial. París. 1980.
- (4) CERNEA, P. — Ablation de la glande sous-maxillaire. Chirurgie Maxillo-faciale. Ed. Masson et cie. París. 1974.
- (5) GAY ESCODA, S.; BERINI AYLES, L. — Tumores de la glándula parótida. Revista Española de Estomatología XXVII, 4:261-270.
- (6) GAY ESCODA, C.; DOMINGUEZ, J. R. — Tuberculosis ganglionar cervical. Anales O.R.L. Iberoamericanos. VI, 3:203-215.
- (7) GAY ESCODA, C.; SALAVERT, A. — Tumores látero-cervicales. Revista Española de Estomatología. XXVII, 5:401-412.
- (8) GORLIN-GOLDMAN. — Patología Oral Thoma. Salvat editores. Barcelona. 1973.
- (9) LUCAS, R. B. — Pathology of tumours of the oral tissues. Ed. Churchill Livingstone. Edimburgh and London. 1972.
- (10) RANKOW, R. — Surgery of the face, mouth and neck. Ed. Saunders. Philadelphia. 1963
- (11) RANKOW, R. — Atlas of diseases of the salivary glands. Ed. Saunders. Philadelphia. 1975
- (12) REDON, H. — Chirurgie des glandes salivaires. Masson et cie. París. 1955.
- (13) REDON-DUHAMEL. — Tratado de técnica quirúrgica. Ed. Toray Masson. París. 1974.
- (14) ROBBINS, S. L. — Patología estructural y funcional. Ed. Interamericana. Madrid. 1975.
- (15) SPIRO, R. H. y cols. — Cancer of parotid gland: a clinicopathologic study of 288 primary cases. Am. J. Surg. 130:452-459. 1975.

- (15) SPIRO, R. H. y cols. — Cancer of parotid gland: a clinicopathologic study of 288 primary cases. *Am. J. Surg.* 130:452-459. 1975.
- (16) TAKESHI KITAMURA. — Atlas of diseases of the salivary glands. Ed. Igaku Shoin. Tokio. 1976.
- (17) THACKRAY-SOBIN. — Tipos histológicos de tumores de las glándulas salivales. Ed. O.M.S. Ginebra. 1972.
- (18) VAN DER AKKER et co's. — Plunging of cervical ranula. *J. Max. Fac. Surg.* 6 (1978) 286-293.
- (19) WOODS, J. E. y cols. — Patología y cirugía de tumores primarios de parótida. *Clínicas quirúrgicas de Norteamérica.* Junio 1977ñ 565-573.
- (20) YOEL, J. — Pathology and surgery of the salivary glands. Ed. Thomas. Springfield. 1975.