

Tumores de parótida en niños*

M.S. Fernández Córdoba¹, J. González Piñera¹, J.P. García De La Torre²,
O. Sánchez París¹, R Parrado Villodres¹, M. Lillo Lillo³

¹Sección de Cirugía Pediátrica. ²Servicio de Anatomía Patológica. ³Sección de Oncología Pediátrica.
Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

RESUMEN: Los tumores de glándulas salivares son infrecuentes en niños, afectando el 80% a la parótida y presentando una mayor proporción de malignidad que en adultos. Revisamos 8 casos en menores de 15 años tratados en nuestro hospital, atendiendo a sus antecedentes, expresividad clínica, tipo tumoral, diagnóstico, tratamiento empleado y seguimiento. Todos debutaron con masa parotídea asintomática y de crecimiento lento a una edad entre 10 meses y 14 años. Cuatro fueron adenomas pleomorfos, dos angiomas capilares, un quiste epidérmico y un carcinoma mioepitelial. Destacamos la excepcionalidad del carcinoma por su rareza y por el alto grado de malignidad expresado. Se realizó punción-aspiración con aguja fina en cuatro pacientes, siendo concluyente sólo en tres. En todos se practicó tumorectomía, excepto en el carcinoma mioepitelial y en uno de los adenomas pleomorfos recidivado, en los que se realizó parotidectomía total. Los tumores malignos de la parótida son clínicamente indistinguibles de los benignos, por lo que ante toda masa palpable en la zona parotídea deberíamos establecer un diagnóstico sin demora. El tratamiento de elección es la exéresis quirúrgica con márgenes amplios, siendo otros tratamientos coadyuvantes poco útiles en niños.

PALABRAS CLAVE: Glándula parótida; Niños; Tumor.

PAROTID GLAND'S TUMORS IN CHILDREN

ABSTRACT: The tumors of the salivary glands are infrequent in children, and parotid gland is involved in 80% of them. When a salivary gland tumor is present, the chance of malignancy is greater in the child than in the adult. We reviewed 8 cases identified in patients aged 14 years and younger in our hospital, analyzing its antecedents, signs and symptoms, histological features, diagnosis, treatment and evolution. All the patients displayed preauricular painless, non-inflammatory and slow-growing masses to an age between 10 months and 14 years. Four of them were pleomorphic adenomas, two haemangiomas, one epidermal cysts and one myoepithelial carcinoma. We emphasize the exceptional nature of the carcinoma for its rareness and for the high degree of malignancy expressed. We made a fine needle aspiration biopsy in four cases but they were conclusive only in three. All were treated by surgical resection of the tumour except for the myoepithelial carcinoma and the recurrent pleo-

morphic adenoma that were treated by total parotidectomy. The malignant tumours of the parotid gland are clinically indistinguishable of the benign ones, thus when any palpable mass appears in the zone of the parotid gland, an accurate diagnosis should be made without delay. The treatment of choice is the surgical excision with wide margins, being other adjuvant treatments less useful to this age than in the adult age.

KEY WORDS: Parotid gland; Children; Tumors.

INTRODUCCIÓN

Las lesiones que afectan a las glándulas salivares en los niños pueden tener un origen inflamatorio o tratarse de una enfermedad granulomatosa o neoplásica. Los tumores son infrecuentes, afectando el 80% a la glándula parótida⁽¹⁾. La mayoría son benignos, aunque en pediatría se presenta una mayor proporción de tumores malignos que en adultos. Se calcula que los tumores malignos de glándula salivar constituyen el 0,5-1% de todos los tumores y el 3% de las neoplasias que afectan a cabeza y cuello en la edad adulta⁽²⁾, mientras que en la infancia suponen alrededor del 8%⁽³⁾. Son pocas las series presentadas sobre este tipo de lesiones en niños⁽³⁻⁸⁾, y además agrupan diferentes entidades, por lo que todavía no existen reglas generales de tratamiento que estén basados en la experiencia clínica, y se tiende a aceptar las terapias aprendidas a partir de los estudios a largo plazo en pacientes adultos^(2,9). Se acepta que el tratamiento de elección de todas las neoplasias de parótida tanto benignas como malignas es la exéresis quirúrgica, aunque pueden emplearse tratamientos coadyuvantes con diferentes consideraciones según la edad del paciente. El objetivo de este trabajo es presentar nuestra experiencia en el manejo de estas lesiones, así como destacar la excepcionalidad de uno de los casos y realizar una puesta al día en cuanto a su diagnóstico, tratamiento y factores pronósticos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisamos 8 casos de tumoraciones parotídeas tratadas en nuestro hospital en niños menores de 15 años en los últi-

Correspondencia: María Soledad Fernández Córdoba. Sección de Cirugía Pediátrica. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Calle Hermanos Falcó S/N, 02006 Albacete.

*El trabajo ha sido presentado en el XLVI Congreso de la SECP.

Recibido: Mayo 2007

Aceptado: Agosto 2007

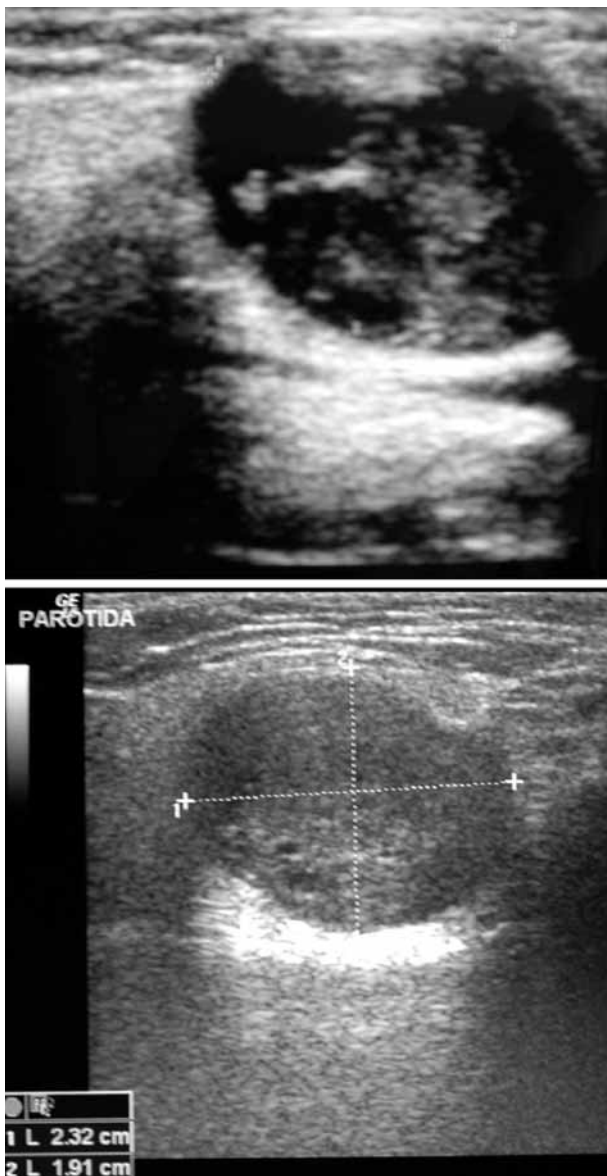


Figura 1. Imágenes ecográficas correspondientes al carcinoma mioepitelial (A) donde se aprecia una masa hipocóica con refuerzo posterior y marcada heterogeneidad, y un adenoma pleomorfo (B) que muestra un aspecto más homogéneo y delimitado.

mos 12 años, habiendo sido excluidas las afecciones inflamatorias y enfermedades granulomatosas. Realizamos un estudio descriptivo atendiendo a sus antecedentes, expresividad clínica, métodos diagnósticos, tipo tumoral, terapia empleada y seguimiento.

RESULTADOS

Todos se presentaron con masa parotídea asintomática, de crecimiento lento a una edad entre 10 meses y 14 años. Cuatro fueron adenomas pleomorfos, dos angiomas capi-

lares, un quiste epidérmico y un carcinoma mioepitelial de alto grado. En todos se realizó ecografía (Fig. 1) y en cuatro de ellos se practicó punción-aspiración con aguja fina (PAAF) previa a la exéresis quirúrgica, siendo concluyente sólo en tres. El tratamiento inicial consistió en exéresis amplia de la tumoración en todos excepto en el carcinoma mioepitelial, en que se realizó parotidectomía total con preservación del facial y vaciamiento suprahomohioideo. La extensión anatómica de la tumoración maligna de acuerdo al estadije TNM fue T2N0M0 (Estadio I). Presentaba un volumen de 3 ml y tras estudio histológico del resto de la parótida y de los 31 ganglios linfáticos extirpados correspondientes a los niveles I, II y III, no se evidenciaron signos de malignidad. No se usó tratamiento coadyuvante. En la figura 2 podemos apreciar los

Tras un seguimiento medio de 6,1 años (de 9 meses a 12 años), hemos encontrado recidiva en uno de los adenomas pleomorfos cuatro años después de la tumorectomía, realizándose nueva resección ampliada. Al presentar nueva recidiva dos años más tarde, se realizó parotidectomía total conservadora. En cuanto a complicaciones postoperatorias inmediatas, la niña sometida a parotidectomía total, sufrió paresia de la rama marginal mandibular del facial durante 3 meses, que se recuperó de forma gradual. En ninguna de las parotidectomías hubo síndrome de Frey (eritema y sudoración localizado a nivel del territorio cérvico-facial).

En la tabla I se muestran los detalles clínicos de estos pacientes.

DISCUSIÓN

Los tumores de glándulas salivares en niños suponen menos del 10% de los tumores pediátricos de cabeza y cuello⁽¹⁾ y son malignos en un alto porcentaje, que según las series llega a estimarse en un 50% si se excluyen las malformaciones vasculares^(3,6,10,11). Se pueden clasificar en tres grupos: benignos, malignos de bajo grado y malignos de alto grado. Cuando aparece un tumor aislado en la parótida, el riesgo de malignidad es mayor en niños que en adultos^(1,3), por lo que debe establecerse un diagnóstico lo más rápido posible. El manejo de estas lesiones en niños es difícil debido al escaso número de pacientes y a la escasez de datos epidemiológicos. No es fácil establecer una comparación con la población adulta, primero por la alta variedad histológica y segundo por las diferentes implicaciones a la hora de proponer tratamientos más agresivos. Las neoplasias benignas más frecuentes son las lesiones lipomatosas y vasculares y los adenomas pleomorfos^(3,12,13). El adenoma pleomorfo es un tumor muy común en pediatría cuya mayor incidencia aparece en la pubertad o postpubertad⁽³⁾. En la ecografía aparece como un nódulo hipo o isocóico, homogéneo y bien definido cuando es de pequeño tamaño, aunque los más voluminosos pueden ser heterogéneos, peor definidos y con áreas de hemorragia o necrosis que los puede hacer confundir con otras lesiones de peor pro-

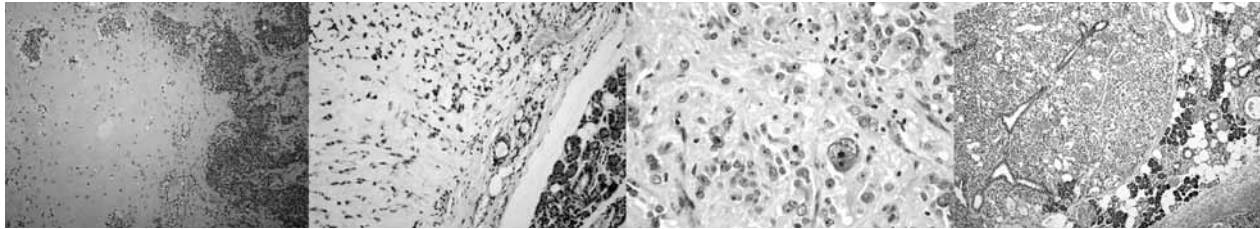


Figura 2. Imágenes histológicas (HE). A) Proliferación neoplásica constituida por grandes nidos de tejido condroide con nidos interpuestos de epitelio con diferenciación ductal focal (Adenoma pleomorfo). B) Restos de parótida a la derecha. Proliferación mixta de tejido condral y epitelial a la izquierda de la imagen (Adenoma pleomorfo). C) Tumoración con marcadas atipias. Células con nucleolo prominente y citoplasma positivo para AE1/AE3 y H-Caldesmon (Carcinoma Mioepitelial). D) Glándula salivar infiltrada por innumerables capilares ectásicos. Endotelios sin atipia (Angioma).

Tabla I Datos clínico y de seguimiento de los niños con tumoración parotídea

Caso	Edad	Sexo	Tipo tumoral	Evolución	PAAF	Terapia	Complic.	Reinterv.	Seguim.
1	8 a.	M	Adenoma pleomorfo	desconocida	Sugestiva	Tumorectomía	Recidiva en dos ocasiones	Tumorectomía Parotidectomía total	12 a
2	13,5 a.	F	Adenoma pleomorfo	4 meses	Sugestiva	Tumorectomía	NO		11 a
3	4,5 a.	F	Quiste epidérmico	desconocida	NO	Tumorectomía	NO		9 a
4	1 a.	F	Angioma capilar	desconocida	NO	Tumorectomía	NO		10 a
5	10 m.	F	Angioma capilar	4 meses	NO	Tumorectomía	NO		3 a
6	14 a.	M	Adenoma pleomorfo	3 meses	Sugestiva	Tumorectomía	NO		2 a
7	11 a.	F	Carcinoma mioepitelial	2 años	NO	Parotidectomía total y vaciamiento suprahomohioideo	Paresia facial temporal		10 m
8	10 a.	F	Adenoma pleomorfo	1 mes	2 PAAF No Sugest.	Tumorectomía	NO		9 m

nóstico. Aunque parecen estar encapsulados, pueden tener extensiones hacia el tejido adyacente al estudiarlos al microscopio y esto justifica el alto índice de recurrencia que aparece cuando se hace una enucleación simple (alrededor de un 30%)⁽³⁾. El tumor maligno más frecuente es el carcinoma mucoepidermoide según todas las series, seguido del carcinoma adenoideo quístico y el carcinoma de células acinares⁽³⁻⁶⁾. La mayor parte de los tumores epiteliales ocurren en niños de más de 10 años y cuando son malignos, suelen ser de bajo grado de malignidad. Los tumores malignos en niños de menos de 10 años, sin embargo, tienden a ser neoplasias de alto grado asociadas a un mal pronóstico. El carcinoma mioepitelial es una neoplasia rara que suele ocurrir en la 5ª-6ª décadas de la vida⁽¹⁴⁾ y cuya denominación se ha añadido como entidad aislada en 1991 a la Clasificación histológica de los tumores de glándulas salivares según la Organización Mundial de la Salud⁽¹⁵⁾. Se han descrito sólo dos casos pediátricos en la literatura^(16,17). Algunos autores sugieren la posibilidad de un origen a partir de un adenoma pleomorfo, en cuyo caso lo consideran como un carcinoma de bajo grado, sin embargo, cuando aparecen de forma aislada son considerados de alto grado^(18,19). En el caso de nuestra paciente, aunque el tumor estaba muy bien delimitado, no hemos encontrado células pro-

pias de adenoma pleomorfo. La clasificación TNM de acuerdo a las recomendaciones de Levitt et al.⁽¹¹⁾ ha mostrado buena correlación pronóstica y se recomienda para uso clínico⁽³⁾.

El debut y la duración del problema pueden ofrecer alguna pista sobre la naturaleza de la lesión, así se considera que las tumoraciones que se presentan al nacimiento pueden ser malformaciones vasculares o tratarse de un sialoblastoma, mientras que lesiones que tienen un crecimiento rápido y que se acompañan de dolor y fiebre pueden ser inflamatorias. Las lesiones no dolorosas con cambios violáceos en la piel sugieren una infección granulomatosa, pero antes de aparecer estos cambios tróficos de la piel, pueden confundirse con neoplasias. Sin embargo, el curso clínico suele ser muy similar en los tumores benignos y los malignos de bajo grado. La media de duración desde la aparición del nódulo hasta el diagnóstico definitivo suele ser cercano a los 21 meses en la mayoría de las series⁽¹⁾. Los hallazgos clínicos que pueden sugerir alto grado de malignidad son crecimiento rápido, afectación del nervio facial, dolor, fijación de la masa, afectación de la piel o de las estructuras adyacentes y la aparición de adenopatías cervicales asociadas^(16,20).

La PAAF directamente de la lesión o mediante control ecográfico, proporciona material para el examen microscópico,

pero la correlación entre los resultados obtenidos con PAAF y el diagnóstico final histopatológico varía según la calidad de las muestras obtenidas y el proceso específico que afecte a la glándula. Los cambios inflamatorios crónicos y las neoplasias sí pueden ser diferenciados con la PAAF, sin embargo, a veces no es posible distinguir entre un adenoma pleomorfo y otro tumor epitelial maligno del que se ha podido obtener muestras de una única línea celular^(1,21-23). Las biopsias excisionales a cielo abierto son a veces necesarias, en aquellos casos en que la PAAF no ha sido diagnóstica o hay un alto índice de sospecha de malignidad, y sobre todo porque la realización de una PAAF en niños requiere colaboración y no puede ser realizada a cualquier edad sin apoyo anestésico. Las biopsias incisionales son inapropiadas porque entrañan riesgos de lesionar el facial, de que exista una diseminación tumoral y de comprometer la distinción de los compartimentos del cuello, pudiendo todo ello complicar el tratamiento quirúrgico posterior. La biopsia excisional de la glándula parótida generalmente requiere una parotidectomía superficial.

La base principal del tratamiento de las neoplasias parotídeas en niños es la exéresis completa de la lesión sin abrir el tumor para evitar diseminación tumoral y sin lesionar el nervio facial⁽⁴⁾. La parotidectomía superficial puede ser adecuada para controlar la mayoría de los tumores benignos y malignos del lóbulo superficial, sin embargo, cuando aparecen en el lóbulo profundo, se debe realizar parotidectomía total⁽³⁾. En casos seleccionados, lesiones aisladas en las zonas laterales de la glándula pueden ser excindidas sin realizar una parotidectomía superficial completa⁽¹⁾. La única indicación de resear el facial sería en el caso de que estuviera invadido o cuando el nervio intacto limite la resección completa del tumor. Los injertos del nervio facial pueden tratar los déficits que resultan tras la lesión del mismo⁽¹²⁾. La incidencia de metástasis en los nódulos linfáticos cervicales se estima en menos del 15%. La disección de cuello, por tanto, no debe ser la norma y sólo se indica cuando aparecen nódulos linfáticos cervicales aumentados de tamaño o en pacientes con lesiones poco diferenciadas o con alto grado de malignidad. La quimioterapia no ha mostrado ser útil y la radioterapia en niños debe ser empleada con mucho cuidado por las secuelas que puede inducir (caries dentales, desarrollo óseo retardado, trismus, y tumores inducidos por radiaciones). Generalmente sólo se recomienda para los tumores de alto grado cuando se hayan encontrado restos microscópicos de tumor, afectación de los ganglios cervicales e invasión perineural o diseminación⁽¹⁾. El tratamiento que hemos empleado en nuestra paciente afecta de carcinoma mioepitelial ha sido consensuado tras una cooperación interdisciplinaria entre el oncólogo pediátrico, el cirujano maxilofacial de adultos, el anatomopatólogo y los cirujanos pediátricos. Se decidió realizar parotidectomía total con preservación del facial y vaciamiento ganglionar sin emplear terapia adyuvante al ser un estadio I.

Los niños tratados de adenoma pleomorfo tienen un índice alto de recurrencia en torno al 19,5% en contraposición a lo que sucede en adultos, que está alrededor del 1%^(3,5). Esto se

justifica porque existe un alto porcentaje que no son completamente encapsulados o están envueltos sólo por una fina capa de tejido conectivo que facilita la siembra tumoral en el lecho de la lesión, o también puede ser el resultado de un tratamiento quirúrgico inicial que no respete los márgenes amplios de resección dado el reducido tamaño de las estructuras anatómicas⁽²⁴⁻²⁷⁾. La actitud nuestra en este tipo de tumores ha sido el abordaje diagnóstico inicial con una biopsia excisional con amplios márgenes, ya que en todos los casos se encontraban en el lóbulo superficial; cuando en el estudio histológico aparecía integridad de la cápsula, optábamos por seguimiento clínico, y cuando no, por programar una parotidectomía superficial. Sin embargo, hemos tenido un caso de recidiva que ha obligado a la parotidectomía total. Por tanto, parece que la mejor actitud en cualquier tumor de este tipo es la parotidectomía superficial y no conformarse con la resección quirúrgica de márgenes amplios. Los tumores que afecten al lóbulo profundo deberían ser tratados de entrada con una parotidectomía total⁽¹⁾. Se han descrito recurrencias locales de adenomas pleomorfos y de otros tumores malignos hasta 10-15 años tras el tratamiento inicial^(5,28), por lo que deberían realizarse seguimientos a largo plazo en estos pacientes con exploración física y ecografía de la región afecta al menos una vez al año.

CONCLUSIONES

Los tumores malignos de la parótida en niños son clínicamente indistinguibles de los benignos y relativamente más frecuentes que en adultos, por lo que ante toda masa palpable en la zona parotídea se debiera realizar una biopsia excisional sin demora. La PAAF, de difícil ejecución en la edad pediátrica, no es del todo concluyente y la biopsia incisional está contraindicada. No se dispone de un tratamiento estandarizado dada la escasez de estos tumores y es difícil obtener datos demográficos y de supervivencia en nuestro medio. Una tumorectomía con márgenes adecuados o una parotidectomía superficial conservadora suelen ser suficientes para realizar una aproximación diagnóstica y tratar una tumoración benigna. Los tumores malignos requieren parotidectomía total con preservación del facial, no estando justificada la cirugía radical de entrada ni el vaciamiento cervical. El caso del carcinoma mioepitelial es excepcional por dos razones: su rareza y el alto grado de malignidad histológica que mostraba, motivo por el que optamos por realizar un vaciamiento ganglionar cervical. El seguimiento de estos pacientes debe realizarse a largo plazo por el alto riesgo de recurrencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mehta D, Willging JP. Pediatric Salivary Gland Lesions. *Seminars in Pediatric Surgery* 2006;**15**:76-84.
2. Bell RB, Dierks EJ, Homer L, Potter BE. Management and outcome of patients with malignant salivary gland tumors. *J Oral Maxillofac Surg* 2005;**63**:917-928.

3. Ellies M, Schaffranietz F, Arglebe Ch, Laskawi R. Tumors of the salivary glands in childhood and adolescence. *J Oral Maxillofac Surg* 2006;**64**:1049-1058.
4. Shapiro NL, Bhattacharyya N. Clinical characteristics and survival for major salivary gland malignancies in children. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery* 2006;**134**:631-634.
5. Da Cruz Perez DE, Pires FR, Alves FA, Almeida OP, Kowalski LP. Salivary gland tumors in children and adolescents: a clinicopathologic and immunohistochemical study of fifty-three cases. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2004;**68**:895-902.
6. Ribeiro K de C, Kowalski LP, Saba LM, De Camargo B. Epithelial salivary gland neoplasms in children and adolescents: a forty-four year experience. *Med Pediatr Oncol* 2002;**39**:594-600.
7. Orvidas LJ, Kasperbauer JL, Lewis JE, Olsen KD, Lesnick TG. Pediatric parotid masses. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2000;**126**:177-184.
8. Rogers DA, Rao BN, Bowman L, Marina N, Fleming ID, Schdropp KP, Lobe TE. Primary malignancy of the salivary gland in children. *J Pediatr Surg* 1994;**29**:44-47.
9. Lima RA, Tavares MR, Dias FL, Kligerman J, Nascimento MF, Barbosa MM, Cernea CR, Soares JR, Santos IC, Salviano S. Clinical prognostic factors in malignant parotid gland tumors. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2005;**133**:702-708.
10. Javadi M, Bafrouee FM, Mohseni M, Ashgari A. Laryngeal adenoid cystic carcinoma in a child: a case report. *Ear Nose Throat J* 2002;**81**:34-35.
11. Levitt SH, McHugh RB, Gomez-Marin O, Hyams VJ, Soule EH, Strong EW, Sellers AH, Woods JE, Guillaumondegui OM. Clinical Staging system for cancer of the salivary gland: a retrospective study. *Cancer* 1981;**47**:2712-2724.
12. Lluna MA, Batsakis JG, el-Naggar AK. Salivary gland tumors in children. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1991;**100**:869-871.
13. Mantravadi J, Roth LM, Kafrawy AH. Vascular neoplasms of the parotid gland. Parotid vascular tumors. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1993;**75**:70-75.
14. Puri T, Singh K, Sharma DN, Khurana N. Epithelial-myoepithelial carcinoma of the base of tongue: Pathology and management. *Indian Journal of Cancer* 2004;**41**:138-140.
15. Seifert G, Sobin LH. *The World Health Organization's histological classification of salivary gland tumors*. A commentary on the 2nd Ed. *Cancer* 1992;**70**:379-385.
16. Morinière S, Robier A, Machet MCh, Beutter P, Lescanne E. Massive infra-clinic invasion of the facial nerve by a myoepithelial carcinoma of the parotid. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2003;**67**:663-667.
17. Morinaga S, Hashimoto S, Tezuka F. Epithelial-myoepithelial carcinoma of the parotid gland in a child. *Acta Pathol Jpn* 1992;**42**:358-363.
18. Di Palma S, Guzzo M. Malignant myoepithelioma of salivary glands: Clinicopathological features of then cases. *Virchows Arch A Pathol Anat Histopathol* 1993;**423**:389-396.
19. Di Palma S, Skálová A, Vaniček T, Simpson RHW, Stárek I, Leivo I. Non-invasive (intracapsular) carcinoma ex pleomorphic adenoma: recognition of focal carcinoma by HER-2/neu and MIB1 immunohistochemistry. *Histopathology* 2005;**46**:144-152.
20. Bentz BG, Hughes CA, Ludemann JP, Maddalozzo J. Masses of the salivary gland region in children. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2000;**126**:1435-1439.
21. Eisenhut CC, King DE, Nelson WA, Olson LC, Wall RW, Glant MD. Fine needle biopsy of pediatric lesions: a three-year study in an outpatient biopsy clinic. *Diagn Cytopathol* 1996;**14**:43-50.
22. Senis-Segarra L, Sahuquillo-Arce E, Davo R, Hamak-Arcis P, Floria-García LM, Baquero MC. Carcinoma epitelial-mioepitelial de glándulas salivales: comportamiento, diagnóstico y tratamiento. *Medicina Oral* 2002;**7**:391-395.
23. Kumagai M, Suzuki H, Matsuura K, Takahashi E, Hashimoto S, Suzuki H, Tezuka F. Epithelial-myoepithelial carcinoma of the parotid gland. *Auris Nasus Larynx* 2003;**30**:201-203.
24. Webb AJ, Eveson JW. Pleomorphic adenomas of the major salivary glands: a study of the capsular form in relation to surgical management. *Clin Otolaryngol Allied Sci* 2001;**26**:134-142.
25. Hicks J, Flaitz C. Mucoepidermoid carcinoma of salivary glands in children and adolescents: assessment of proliferation markers. *Oral Oncol* 2000;**36**:454-460.
26. Sato T, Kamata SE, Kawabata K, Nigauri T, Mitani H, Beppu T, Sato M. Acinic cell carcinoma of the parotid gland in a child. *Pediatr Surg Int* 2005;**21**:377-380.
27. Leverstein H, Tiwari RM, Snow GB, Van der Wal JE, Van der Waal I. The surgical management of recurrent or residual pleomorphic adenomas of the parotid gland. Analysis and results in 40 patients. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 1997;**254**:313-317.
28. Kasper HU, Mellin W, Kriegsmann I, Cheremet E, Lippert H, Roessner A. Epithelial-myoepithelial carcinoma of the salivary gland-low grade malignant neoplasm? Report of two cases and review of the literature. *Pathol Res Pract* 1999;**195**:189-192.