Rev Colomb Cir. 2026;41:486-93
https://doi.org/10.30944/20117582.2927

ARTÍCULO ORIGINAL

Manejo quirúrgico de tumores benignos de la glándula parótida: Experiencia de una década en un hospital universitario

Surgical management of benign tumors of the parotid gland: A decade of experience in a university hospital

Santiago Rojas-Gómez, MD[1], María Fernanda González, MD[2],
María Camila Rojas-Gómez, MD[3], Aníbal Manuel Ariza, MD[4], Judith Vazconez, MD[4],
† Gabriel Sánchez de Guzmán, MD[4]

1 Programa de especialización en Cirugía general, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, D.C., Colombia.
2 Programa de especialización en Otorrinolaringología, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Bogotá, D.C., Colombia.
3 Servicio de Cirugía de Cabeza y cuello, Hospital Universitario Mayor-Méderi; Bogotá, D.C., Colombia.
4 Servicio de Cirugía de Cabeza y cuello, Hospital Universitario San Ignacio; Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, D.C., Colombia.

Resumen

Introducción. Las neoplasias de las glándulas salivales son poco frecuentes. Aproximadamente el 65 % de estos tumores se originan en la glándula parótida, y de ellos, el 80 % son benignos. Aunque no afectan la supervivencia general, el manejo quirúrgico puede tener un impacto significativo en la calidad de vida.

Métodos. Se realizó un estudio observacional descriptivo de los pacientes con tumores benignos de la glándula parótida llevados a resección quirúrgica entre 2011 y 2021 en el Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, D.C., Colombia. Se describieron datos sociodemográficos, clínicos y quirúrgicos.

Resultados. Se incluyeron 129 pacientes, 55 % eran mujeres, y la media de la edad fue de 52 años. El diagnóstico patológico más común fue el adenoma pleomorfo (57,3 %) y el lóbulo profundo estaba comprometido en el 51,9 % de los casos. La técnica quirúrgica más utilizada fue la parotidectomía total con preservación del nervio facial (63,5 %); se logró una resección completa de la lesión en el 93 % de los casos. Se presentó parálisis clínica del nervio facial en el 65,1 % de los casos, la mayoría transitoria. La media de seguimiento fue de 16,5 meses (DE 24,7) y se documentaron dos recurrencias. No hubo reintervenciones.

Conclusión. La parálisis facial fue la complicación más frecuente del tratamiento quirúrgico de los tumores de la glándula parótida. Debido a su impacto significativo en la calidad de vida, su prevención constituye el eje central de la técnica quirúrgica y del desarrollo de nuevas tecnologías orientadas a disminuir su incidencia.

Palabras clave: glándula parótida; neoplasias de la parótida; neoplasia benigna; procedimientos quirúrgicos otorrinolaringológicos; evaluación de resultados de intervenciones terapéuticas; nervio facial.

Fecha de recibido: 10/07/2025 - Fecha de aceptación: 24/11/2025 - Publicación en línea: 15/04/2026
Correspondencia: María Camila Rojas-Gómez, Carrera 24 # 63C-69, Bogotá, D.C., Colombia. CP 111221. Teléfono: +57 3166279608
Dirección electrónica: mariacamilarg98@gmail.com
Citar como: Rojas-Gómez S, González MF, Rojas-Gómez MC, Ariza AM, Vazconez J, Sánchez de Guzmán G. Manejo quirúrgico de tumores benignos de la glándula parótida: Experiencia de una década en un hospital universitario. Rev Colomb Cir. 2026;41:486-93. https://doi.org/10.30944/20117582.2927

Este es un artículo de acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons - BY-NC-ND https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es

Abstract

Introduction. Salivary gland neoplasms are rare. Approximately 65% of these tumors originate in the parotid gland, and of these, 80% are benign. Although they do not affect overall survival, surgical management can have a significant impact on quality of life.

Methods. A descriptive observational study was conducted on patients with benign parotid gland tumors who underwent surgical resection between 2011 and 2021 at the Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, D.C., Colombia. Sociodemographic, clinical, and surgical data were described.

Results. One hundred and twenty-nine patients were included, 55% of whom were women, with a mean age of 52 years. The most common pathological diagnosis was pleomorphic adenoma (57.3%), and the deep lobe was involved in 51.9% of cases. The most frequently used surgical technique was total parotidectomy with preservation of the facial nerve (63.5%); complete resection of the lesion was achieved in 93% of cases. Clinical facial nerve palsy was present in 65.1% of cases, mostly transient. The mean follow-up was 16.5 months (SD 24.7), and two recurrences were documented. There were no reoperations.

Conclusion. Facial paralysis was the most frequent complication of surgical treatment for parotid gland tumors. Due to its significant impact on quality of life, its prevention is central to surgical technique and the development of new technologies aimed at reducing its incidence.

Keywords: parotid gland; parotid neoplasms; benign neoplasia; otorhinolaryngologic surgical procedures; evaluation of outcomes of therapeutic interventions; facial nerve.

Introducción

Las neoplasias de las glándulas salivales son poco frecuentes, con una incidencia anual estimada de 2 a 3 casos por cada 100.000 habitantes, y representan aproximadamente el 3-6 % de todos los tumores de cabeza y cuello. De estas, el 65 % se origina en la glándula parótida, y de ellas, alrededor del 80 % son benignas [1,2]. Aunque no afectan la supervivencia global, su tratamiento quirúrgico puede conllevar una morbilidad significativa, que podría impactar negativamente la calidad de vida de los pacientes [1,2].

La mayoría de los tumores parotídeos (80-90 %) se localizan en el lóbulo superficial y se presentan como una masa preauricular indolora [2,3]. El compromiso del nervio facial, los ganglios cervicales o la piel, así como el crecimiento acelerado, la presencia de trismus o la disminución de la audición, son indicativos de posible malignidad [3,4].

El tratamiento de elección es la resección quirúrgica completa con preservación del nervio facial [3-6]. Las técnicas van desde la enucleación y la resección extracapsular, que están asociadas a mayor riesgo de recurrencia y lesión nerviosa, hasta la parotidectomía superficial, que redujo significativamente la recurrencia, pero se relaciona con mayores complicaciones [6-10]. Posteriormente, la parotidectomía superficial parcial permitió preservar las ramas no comprometidas del nervio facial y la función glandular, manteniendo márgenes oncológicos adecuados [10,11].

Aun así, se presentan variadas complicaciones, siendo las más frecuentes la parálisis del nervio facial (transitoria o permanente), el síndrome de Frey, la fístula salival, la xerostomía y la disestesia preauricular [12]. El riesgo aumenta con la extensión de la resección, mientras que la recurrencia se asocia con resecciones incompletas, ruptura capsular, multifocalidad o características histológicas agresivas [13]. En este escenario, el desafío radica en alcanzar un equilibrio entre una resección oncológica adecuada y la preservación funcional.

En Colombia existe subregistro de estos tumores. El Instituto Nacional de Cancerología reportó solo 13 casos nuevos de cáncer de parótida en 2021, lo que correspondió al 0,2 % de todos los diagnósticos oncológicos del país [14]. Algunos estudios regionales describen principalmente

poblaciones de pacientes con tumores benignos, donde el adenoma pleomorfo es el más común, pero no precisan si las parálisis faciales fueron transitorias o permanentes y ofrecen datos limitados sobre la recurrencia tumoral [15,16]. En este contexto, el objetivo de este estudio fue describir las características clínico-patológicas de los pacientes sometidos a parotidectomía por tumores benignos de la glándula parótida en un hospital universitario en Colombia y los desenlaces quirúrgicos.

Métodos

Tipo de estudio y población

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de una cohorte retrospectiva de pacientes con tumores benignos de la glándula parótida que fueron llevados a resección quirúrgica entre enero de 2011 y diciembre de 2021, en el Hospital Universitario San Ignacio, en Bogotá, D.C., Colombia.

Manejo de los datos

Los datos fueron obtenidos del registro institucional del servicio de Cirugía de Cabeza y cuello del Hospital Universitario San Ignacio. Se hizo revisión de las historias clínicas electrónicas del sistema de registro clínico institucional SAHI. Los datos fueron almacenados en una base de datos en Microsoft Excel®. Se consideraron las variables sociodemográficas, clínicas, histopatológicas, del procedimiento quirúrgico, las complicaciones y la recurrencia durante el seguimiento. Se usó la clasificación de House Brackmann en el seguimiento postoperatorio de los pacientes [17].

Análisis estadístico

Para las variables cualitativas se estimaron frecuencias (absolutas y relativas) y para las variables cuantitativas se calcularon medidas de tendencia central, variabilidad, localización y forma, según su distribución. Se describieron los resultados según el diagnóstico histológico, la presencia de complicaciones postoperatorias y la recurrencia. Para el análisis estadístico se utilizó el programa Stata (StataCorp. 2023. Stata Statistical Software: versión 18.0. College Station, Estados Unidos: StataCorp LLC.).

Resultados

Se evaluaron los registros clínicos de 129 pacientes con tumores benignos que fueron sometidos a parotidectomía entre 2011 y 2021. La mayoría eran mujeres (55 %), con una media de edad de 52 años (Tabla 1). El lóbulo profundo de la parótida se encontró comprometido en poco más de la mitad de los casos. El 70 % de los pacientes consultaron por la presencia de una masa parotídea, la imagen diagnóstica más frecuentemente utilizada fue la ecografía (57,4 %) y el 48,1 % de los pacientes contaban con biopsia preoperatoria confirmatoria cuando hubo duda o sospecha de malignidad, el 45,7 % por aspiración con aguja fina y el 2,3 % vía abierta. El diagnóstico patológico más común fue el adenoma pleomorfo (57,4 %), seguido del tumor de Warthin (17,8 %).

La técnica quirúrgica más empleada fue la parotidectomía total (63,6 %), seguida de la parotidectomía superficial (34,9 %). Se logró una resección completa de la lesión en el 93,1 % de los casos. Se presentó lesión evidente del nervio facial o alguna de sus ramas en seis casos (4,6 %), dos en parotidectomías totales y cuatro en parotidectomías superficiales. Solo en uno de ellos se realizó sección del tronco del nervio facial por infiltración tumoral de un tumor de Warthin de 6 cm; el resto fueron lesiones durante la disección de alguna de las ramas del nervio facial, principalmente la rama cervical. Se usó monitoria del nervio facial en cuatro casos (3,1 %).

En el postoperatorio se identificaron signos clínicos de parálisis del nervio facial en 84 pacientes (65,1 %), la gran mayoría transitorias; en ocho casos no se pudo evaluar por pérdida del seguimiento (Tabla 2). Utilizando la clasificación de House Brackmann [17] en el seguimiento postoperatorio, se consideró una función normal en 44 pacientes (34,1 %) y parálisis leve grado II en 39 pacientes (30,2 %) (Tabla 3).

La mediana de seguimiento fue de 16,5 meses. Se documentaron dos recurrencias locales, uno con tumor de Warthin y otro con adenoma

Tabla 1. Datos demográficos y características clínicas (n=129)

Variable	Frecuencia (%)
Sexo	
Mujeres	71 (55 %)
Hombres	58 (45 %)
Edad (años)	
Media (desviación estándar)	52,12 (19,03)
Rango	18-89 años
Localización	
Cuerpo del lóbulo superficial	39 (30,2 %)
Cola del lóbulo superficial	23 (17,8 %)
Lóbulo profundo y/o espacio parafaríngeo	67 (51,9 %)
Tamaño tumoral (cm)	
Media (desviación estándar)	3,21 (1,64)
Estudio imagenológico	
Ninguna	15 (11,6 %)
Ecografía	74 (57,4 %)
Tomografía axial computarizada	35 (27,1 %)
Resonancia magnética nuclear	20 (15,5 %)
Biopsia	
No	70 (54,3 %)
Biopsia por aspiración con aguja fina conclusiva	56 (43,4 %)
Biopsia por aspiración con aguja fina no conclusiva	3 (2,3 %)
Biopsia abierta confirmatoria	3 (2,3 %)
Tipo de cirugía	
Resección extracapsular de la lesión	1 (0,8 %)
Enucleación	1 (0,8 %)
Parotidectomía superficial	45 (34,9 %)
Parotidectomía total	82 (63,6 %)
Diagnóstico histológico	
Adenoma pleomorfo	74 (57,4 %)
Tumor de Warthin	23 (17,8 %)
Oncocitoma	5 (3,9 %)
Adenoma monomorfo	5 (3,9 %)
Quiste ductal	5 (3,9 %)
Lipoma	3 (2,3 %)
Schwannoma	2 (1,5 %)
Hemangioma	2 (1,5 %)
Otros (neurofibroma, tumor desmoide, adenopatía, adenoma canalicular, adenitis poliquística)	10 (7,8 %)
Uso de bisturí Harmónico	
Sí	98 (76 %)
Monitorización intraoperatoria del nervio facial	
Sí	4 (3,1 %)
Tiempo de seguimiento (meses)	
Mediana	16,52

Fuente: Elaboración propia

Tabla 2. Morbilidad asociada a los procedimientos

Morbilidad	Frecuencia (%)
Parálisis facial	
No evidente	45 (34,9 %)
Sí	84 (65,1 %)
Tipo de parálisis facial	
Transitoria	54 (64,3 %)
Permanente	22 (26,2 %)
Sin dato	8 (9,5 %)
Seroma	7 (5,4 %)
Sindrome de Frey	6 (4,6 %)
Fístula salival	5 (3,9 %)
Xerostomía	3 (2,3 %)
Hematoma	2 (1,5 %)
Infección de sitio operatorio	1 (0,8 %)

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 3. Clasificación de parálisis facial según House Brackmann.

Clase	Frecuencia (%)
I - Normal	44 (34,1 %)
II - Disfunción leve	39 (30,2 %)
III - Disfunción moderada no desfigurante	15 (11,6 %)
IV - Disfunción moderada con asimetría desfigurante	16 (12,4 %)
V - Disfunción severa con escaso movimiento perceptible	7 (5,4 %)
VI - Parálisis total	8 (6,2 %)

Fuente: Elaboración propia

pleomorfo; en ambos casos se había practicado una parotidectomía superficial y los márgenes de sección fueron negativos. Entre otras morbilidades, se presentaron un caso de infección de sitio operatorio superficial, seis síndrome de Frey, tres xerostomía, cinco fístula salival y dos hematoma. Ningún paciente requirió reintervenciones. Solo un paciente reingresó después de una parotidectomía total, con vaciamiento radical de cuello, hemimandibulectomía y reconstrucción con colgajo libre de recto abdominal, por cambios inflamatorios en la herida, con dehiscencia parcial. Se documentó infección de sitio operatorio profunda y se manejó con antibiótico y curaciones, con adecuada evolución clínica. No hubo mortalidad perioperatoria.

Discusión

En esta serie, el adenoma pleomorfo fue el tumor benigno más frecuente, en concordancia con lo descrito globalmente. Aunque benigno, presenta riesgo de transformación maligna de hasta 10 %, especialmente en lesiones voluminosas y en pacientes de edad avanzada [18].

La historia clínica y el examen físico continúan siendo fundamentales en el diagnóstico, complementados por imágenes que permiten definir extensión y relación con estructuras adyacentes. En nuestra serie, la biopsia con aguja fina se realizó en menos de la mitad de los casos, lo que refleja que, a pesar de su alta sensibilidad (85 %) y especificidad (99 %), no siempre resulta indispensable [19].

La parotidectomía total con preservación del nervio facial fue el abordaje quirúrgico más frecuente, probablemente por el alto compromiso del lóbulo profundo (51,9 %), un hallazgo consistente con otras cohortes.

Las técnicas quirúrgicas para tumores parotídeos han evolucionado, desde abordajes limitados en la primera mitad del siglo XX, hasta resecciones más extensas. Sin embargo, aún no se llega a una conclusión definitiva sobre el abordaje ideal [2,6,20]. El metaanálisis de Mashrah MA, et al. [21], no encontró diferencias significativas en la tasa de recurrencia entre la disección extracapsular, la parotidectomía superficial parcial, la parotidectomía superficial y la parotidectomía total, pero sí evidenció una mayor incidencia de complicaciones cuando se realizaba parotidectomía superficial o total. Esto concuerda con los hallazgos de otros dos metaanálisis recientes [22,23], lo que ha reabierto el debate sobre la adopción de técnicas quirúrgicas más conservadoras y menos mórbidas; sin embargo, la falta de unificación de conceptos sobre la extensión de la parotidectomía, así como la variedad de técnicas descritas, han generado una práctica heterogénea.

En respuesta a esa inquietud, recientemente, el grupo español de Quer M, et al. [24] y la Sociedad Europea de Glándulas Salivales [25] propusieron una clasificación anatómica estandarizada que divide la glándula parótida en cinco niveles (Figura 1). Según esta propuesta, se considera parotidectomia

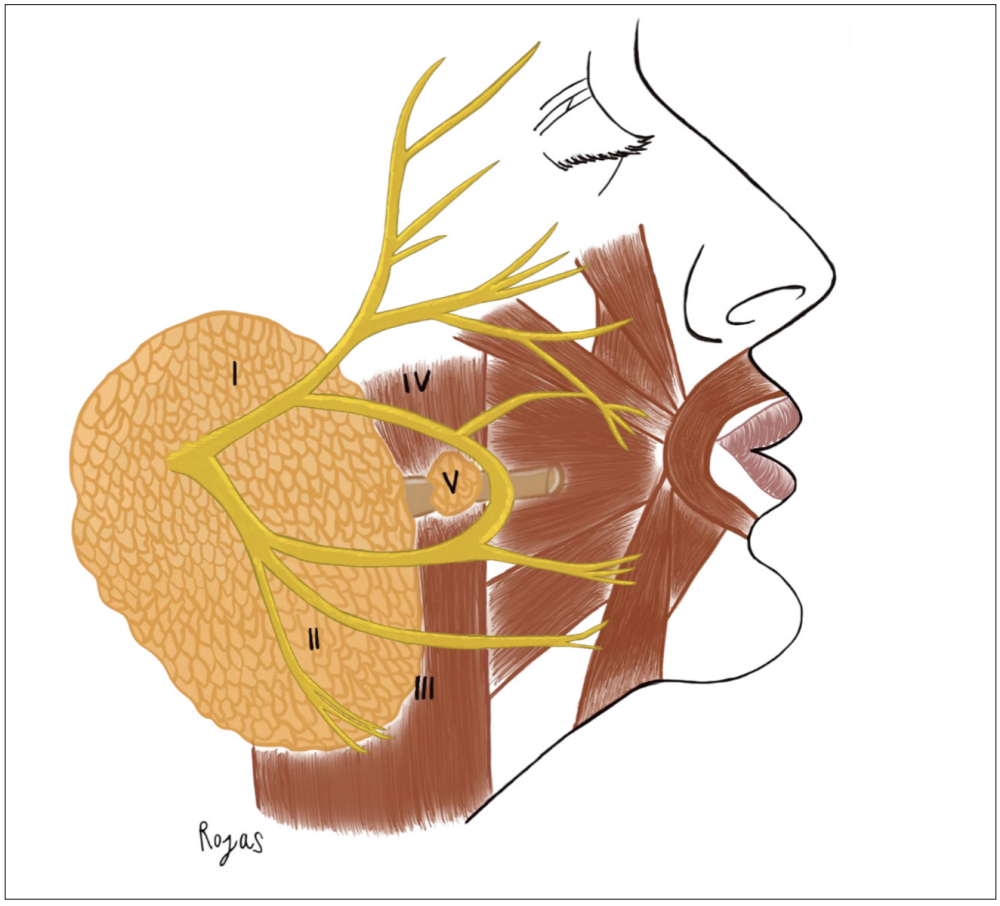


Figura 1. División anatómica de la glándula parótida. La glándula se divide en cinco niveles: el nivel I corresponde a la porción superior lateral, el II a la inferior lateral, el III a la parte profunda inferior, el IV a la profunda superior, y el V al lóbulo accesorio. Las zonas superiores se relacionan con la rama temporofacial del nervio facial, mientras que las inferiores lo hacen con la rama cervicofacial.

Fuente original[23]. Quer M, Pujol A, León X, López M, García J, Orús C, et al. Parotidectomies in benign parotid tumours: "Sant Pau" surgical extension classification. Acta Otorrinolaringol Esp. 2010;61:1-5. https://doi.org/10.1016/j.otorri.2009.10.003. © 2009 Elsevier España, S.L. Publicado con permiso del editor. Todos los derechos reservados.

toda intervención que incluya la identificación del nervio facial y la resección de al menos uno de estos niveles. Si esto no se cumple, es una disección extracapsular del tumor. Aún no se han reportado estudios sobre los desenlaces clínicos de esta clasificación.

La complicación más relevante, tanto por su frecuencia como por su impacto en la calidad de vida, fue la parálisis facial, observada en el 65,1 % de los casos, una proporción superior a la descrita en otras series (20-60 %)[3-6]. En la mayoría de los pacientes fue leve y transitoria, lo que podría atribuirse al alto porcentaje de tumores con compromiso del lóbulo profundo, donde factores intraoperatorios como la manipulación, tracción, compresión, succión, calor y/o edema, pueden inducir paresia del nervio. No se encontraron diferencias significativas según el tipo de cirugía ni tampoco relación con el uso de energía ultrasónica, como el bisturí Harmonic®. La monitorización intraoperatoria del nervio facial se empleó en solo el 3 % de los procedimientos.

Se han propuesto distintas tecnologías para disminuir las complicaciones asociadas a la parotidectomía, como el uso de imágenes preparatorias, dispositivos de energía ultrasónica o bipolar, aumento del campo quirúrgico y monitorización electromiográfica intraoperatoria del nervio facial. Aunque algunos estudios retrospectivos [26] y el metaanálisis de Chiesa-Estomba CM, et al. [27], sugieren que la monitorización reduce la incidencia de parálisis transitoria y permanente, la alta heterogeneidad y la escasez de estudios prospectivos limitan la solidez de estas conclusiones. Por ello, su uso rutinario sigue siendo un motivo de debate.

Este estudio tiene limitaciones relacionadas con su diseño retrospectivo, el corto tiempo de seguimiento y la pérdida de pacientes durante el control. Aun así, aporta información local relevante y resalta la importancia de balancear la resección oncológica y la preservación funcional. Estudios prospectivos con seguimiento prolongado son necesarios para evaluar de manera más precisa la recurrencia y las complicaciones asociadas.

Conclusión

La parálisis facial fue la complicación más frecuente del tratamiento quirúrgico de los tumores de la glándula parótida. Puede tener un impacto tan importante en la calidad de vida de los pacientes que debe ser el pilar bajo el cual se fundamenta la técnica quirúrgica y el desarrollo de tecnologías que permitan mejorar este desenlace sin afectar la resección completa del tumor.

Cumplimiento de normas éticas

Consentimiento informado: Tras la aprobación del Comité de revisión institucional y el Comité de ética, todos los procedimientos realizados en este estudio se llevaron a cabo de acuerdo con las guías internacionales de investigación según el acuerdo de Helsinki y las disposiciones de la Resolución 1993 de 2022 del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Dado que este estudio se basó en la revisión de datos previamente recolectados y anonimizados, no fue necesario obtener el consentimiento informado de los participantes, conforme a lo establecido en dichas normativas.

Conflictos de interés: Ninguno de los autores declaró tener conflictos de interés.

Uso de Inteligencia Artificial: Los autores declararon que no se utilizó inteligencia artificial para el análisis o creación de contenido en este artículo.

Fuentes de financiación: Esta investigación no recibió financiación específica de agencias del sector público, comercial o sin ánimo de lucro.

Contribuciones de los autores:

- Diseño y concepción del estudio: Santiago Rojas-Gómez.
- Adquisición de datos: Santiago Rojas-Gómez, María Fernanda González.
- Análisis e interpretación de datos: Santiago Rojas-Gómez, María Camila Rojas-Gómez.
- Redacción del manuscrito: Santiago Rojas-Gómez.
- Ilustración: María Camila Rojas-Gómez.
- Revisión crítica: Aníbal Manuel Ariza, Judith Vazconez, Gabriel Sánchez de Guzmán.

Referencias

1. Thielker J, Grosheva M, Ihrler S, Wittig A, Guntinas-Lichius O. Contemporary management of benign and malignant parotid tumors. Front Surg. 2018;5:39. https://doi.org/10.3389/fsurg.2018.00039
2. Moore MG, Yueh B, Lin DT, Bradford CR, Smith RV, Khariwala SS. Controversies in the workup and surgical management of parotid neoplasms. Otolaryngol Head Neck Surg. 2021;164:27-36. https://doi.org/10.1177/0194599820932512
3. Roh JL, Kim HS, Park CI. Randomized clinical trial comparing partial parotidectomy versus superficial or total parotidectomy. Br J Surg. 2007;94:1081-7. https://doi.org/10.1002/bjs.5947
4. Yu G, Peng X. Conservative and functional surgery in the treatment of salivary gland tumours. Int J Oral Sci. 2019;11:22. https://doi.org/10.1038/s41368-019-0059-9
5. Thangarajah T, Reddy VM, Castellanos-Arango F, Panarese A. Current controversies in the management of Warthin tumour. Postgrad Med J. 2009;85:3-8. https://doi.org/10.1136/pgmj.2008.071282
6. Psychogios G, Bohr C, Constantinidis J, Canis M, Poorten VV, Plzak J, et al. Review of surgical techniques and guide for decision making in the treatment of benign parotid tumors. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2021;278:15-29. https://doi.org/10.1007/s00405-020-06250-x

7. Senn N. The pathology and surgical treatment of tumors. Philadelphia: W. B. Saunders; 1895. Fecha de consulta: 12 de agosto de 2024. Disponible en: https://www.loc.gov/item/00002644/
8. García-Purriños FJ. Trece años de experiencia en parotidectomía parcial superficial como tratamiento de neoformaciones benignas parotídeas. Acta Otorrinolaringol Esp. 2011;62:10-13. https://doi.org/10.1016/j.otorri.2010.10.003
9. Foresta E, Torroni A, Di Nardo F, de Waure C, Poscia A, Gasparini G, et al. Pleomorphic adenoma and benign parotid tumors: Extracapsular dissection vs superficial parotidectomy--review of literature and meta-analysis. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol. 2014;117:663-76. https://doi.org/10.1016/j.oooo.2014.02.026
10. Emodi O, El-Naaj IA, Gordin A, Akrish S, Peled M. Superficial parotidectomy versus retrograde partial superficial parotidectomy in treating benign salivary gland tumor (pleomorphic adenoma). J Oral Maxillofac Surg. 2010;68:2092-8. https://doi.org/10.1016/j.joms.2009.09.075
11. Iizuka K, Ishikawa K. Surgical techniques for benign parotid tumors: Segmental resection vs extracapsular lumpectomy. Acta Otolaryngol. 1998;118:75-81. https://doi.org/10.1080/00016489850182396
12. Koch M, Zenk J, Iro H. Long-term results of morbidity after parotid gland surgery in benign disease. Laryngoscope. 2010;120:724-30. https://doi.org/10.1002/lary.20822
13. Carlson ER, McCoy JM. Margins for benign salivary gland neoplasms of the head and neck. Oral Maxillofac Surg Clin North Am. 2017;29:325-40. https://doi.org/10.1016/j.coms.2017.03.009
14. Instituto Nacional de Cancerología. Anuario estadístico 2021. Bogotá, D. C.: INC; 2022. Fecha de consulta: 12 de agosto de 2024. Disponible en: https://www.cancer.gov.co/conozca-sobre-cancer-1/publicaciones/anuario-estadistico-2021
15. Jaramillo JC, Esquivel AM, Holguín JA, Echandía C. Caracterización de un grupo de pacientes atendidos por masa parotídea en una institución de tercer nivel. Acta Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello. 2018;46:144-9.
16. Herrera ÁA, Aranda-Valderrama P, Díaz JA, Liendo JO. Características clínicas y patológicas de los oncocitomas de la glándula parótida en Bucaramanga, Colombia. Acta Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello. 2018;36:17-24.
17. House JW, Brackmann DE. Facial nerve grading system. Otolaryngol Head Neck Surg. 1985;93:146-7. https://doi.org/10.1177/019459988509300202
18. Levyn H, Subramanian T, Eagan A, Katabi N, Lin O, Dizon-Badillo ND, et al. Risk of carcinoma in pleomorphic adenomas of the parotid. JAMA Otolaryngol Head Neck Surg. 2023;149:1034-41. https://doi.org/10.1001/jamaoto.2023.3212
19. Liu CC, Jethwa AR, Khariwala SS, Johnson J, Shin JJ. Sensitivity, specificity, and posttest probability of parotid fine-needle aspiration: A systematic review and meta-analysis. Otolaryngol Head Neck Surg. 2016;154:9-23. https://doi.org/10.1177/0194599815607841
20. Patey DH. The present position of parotidectomy in the surgery of the parotid gland. Arch Middx Hosp. 1954;4:91-105.
21. Mashrah MA, Al-Sharani HM, Al-Aroomi MA, Abdelrehem A, Aldhohrah T, Wang L. Surgical interventions for management of benign parotid tumors: Systematic review and network meta-analysis. Head Neck. 2021;43:3631-45. https://doi.org/10.1002/hed.26813
22. Albergotti WG, Nguyen SA, Zenk J, Gillespie MB. Extracapsular dissection for benign parotid tumors: a meta-analysis. Laryngoscope. 2012;122:1954-60. https://doi.org/10.1002/lary.23396
23. Xie S, Wang K, Xu H, Hua RX, Li TZ, Shan XF, et al. PRISMA-Extracapsular dissection versus superficial parotidectomy in treatment of benign parotid tumors: Evidence from 3194 patients. Medicine (Baltimore). 2015;94:e1237. https://doi.org/10.1097/MD.0000000000001237
24. Quer M, Pujol A, León X, López M, García J, Orús C, et al. Parotidectomies in benign parotid tumours: "Sant Pau" surgical extension classification. Acta Otorrinolaringol Esp. 2010;61:1-5. https://doi.org/10.1016/j.otorri.2009.10.003
25. Quer M, Guntinas-Lichius O, Marchal F, Poorten VV, Chevalier D, León X, et al. Classification of parotidectomies: A proposal of the European Salivary Gland Society. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2016;273:3307-12. https://doi.org/10.1007/s00405-016-3916-6
26. Graciano AJ, Fischer CA, Coelho GV, Steck JH, Paschoal JR, Chone CT. Facial nerve dysfunction after superficial parotidectomy with or without continuous intraoperative electromyographic neuromonitoring: A prospective randomized pilot study. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2018;275:2861-8. https://doi.org/10.1007/s00405-018-5130-1
27. Chiesa-Estomba CM, Larruscain-Sarasola E, Lechien JR, Mouawad F, Calvo-Henriquez C, Diom ES, et al. Facial nerve monitoring during parotid gland surgery: A systematic review and meta-analysis. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2021;278:933-43. https://doi.org/10.1007/s00405-020-06188-0