

# Tumores de las glándulas salivales menores intraorales

Doctor FRANCISCO MARTIN BERDASCO \*

Doctora SUZANNE MELEG DE SMITH \*\*

En la última década han aparecido varias publicaciones sobre los tumores de las glándulas salivales menores intraorales siendo, sin embargo, la literatura a este respecto todavía escasa. Por ello, creemos que la publicación de esta serie de 44 casos puede contribuir a comprender mejor las características clínicas y patológicas de estas neoplasias. Estos tumores son poco frecuentes ya que encontramos solo 44 casos entre 62.000 especímenes quirúrgicos estudiados en un período de 15 años en una institución dedicada exclusivamente al diagnóstico y tratamiento de entidades tumorales y que además cuenta con un activo y eficiente Departamento de Cabeza y Cuello. La presente serie constituye el número más grande de casos hasta ahora estudiados en el país.

## MATERIAL Y METODOS

Los 44 casos de tumores de glándulas salivales menores intraorales

\* Patólogo del Instituto Nacional de Cancerología, Profesor Asistente de Patología, Facultad de Medicina, Universidad Nacional.

\*\* Médico Especialista en entrenamiento, Sección Patología Instituto Nacional de Cancerología.

En la actualidad: Patólogo del Hospital San Ignacio, Instructor de Patología, Facultad de Medicina, Universidad Javeriana.

que se incluyen en este estudio se recogieron de los Archivos del Departamento de Patología del Instituto Nacional de Cancerología en el período comprendido entre enero de 1954 y diciembre de 1968.

Se revisaron todas las preparaciones histológicas y cuando se creyó oportuno se practicaron cortes adicionales y coloraciones especiales. Las historias clínicas sólo se revisaron después del estudio histológico. La clasificación de las lesiones se hizo siguiendo a Foote y Frazell (1). Se eliminaron todos aquellos casos en los cuales no se encontraron preparaciones histológicas o en los que la localización del tumor era dudosa. La información sobre el estado de salud de nuestros pacientes posterior a su diagnóstico y tratamiento inicial es bastante deficiente ya que la mayoría de ellos no vuelven a sus controles periódicos.

Los hallazgos de esta serie se compararon con una revisión similar de tumores de las glándulas salivales mayores diagnosticados en el Instituto durante el mismo período de tiempo y cuyas conclusiones fueron publicadas aparte (2).

## RESULTADOS

Se estudiaron simultáneamente con esta serie 174 casos de tumores de glándulas salivales mayores, siendo la proporción entre los dos grupos de 1:4. La serie presente se limita al estudio de los tumores de las glándulas salivales menores intraorales. La distribución de los diferentes tipos histológicos de acuerdo a su localización se puede ver en el Cuadro No. 1. Los tumores, benignos y malignos, se localizaron con mayor frecuencia en el paladar (25 casos).

No todos los tipos histológicos observados en los tumores de las glándulas salivales mayores se vieron en los de las menores (Cuadro No. 1) En las glándulas salivales mayores se encontró un 56 por ciento de tumores benignos y un 44 por ciento de tumores malignos (2). La clasificación histológica de los tumores de las glándulas salivales menores intraorales se muestra en el Cuadro No. 2 donde se puede apreciar que 18 de los mismos (41 por ciento) eran benignos y 26 (59 por ciento) eran malignos. De los benignos, 17 fueron del tipo mixto y 1, un adenoma de células oxífilas. El grupo de los malignos se distribuyó así: 9 carcinomas mucoepidermoides, 15 carcinomas adenoide quístico y 2 adenocarcinomas.

No se encontraron diferencias histológicas notables entre los tumores de las glándulas salivales mayores y los de las menores.

La distribución de las neoplasias por sexo (Cuadro No. 3) muestra una preponderancia de las mujeres (29 mujeres y 15 hombres). En el momento de la primera consulta el promedio de edad para los hombres fue de 47 años, estando las 3/4 partes entre los 40 y 61 años. Para las mujeres el promedio de edad fue de 42 años, estando aproximadamente la mitad entre los 40 y 64 años. El paciente más viejo fue una mujer de 76 años con un adenocarcinoma mucoprodutor de la lengua y el más joven otra mujer de 17 años con un adenoma pleomórfico del paladar.

**Tumor mixto benigno (adenoma "pleomórfico").** Trece de los 17 casos incluidos en este grupo se encontraron en mujeres. La edad de los pacientes en el momento de su primera consulta varió de los 17 a los 65 años y la duración promedio del tumor fue de 3 años aunque el 72 por ciento presentaron el tumor por períodos de tiempo que variaron de 3 meses a 2 años.

El síntoma principal fue la presencia de una masa intraoral; dos de los pacientes presentaron además dolor referido al tumor y uno ulceración focal. Todos los tumores se encontraron móviles a la palpación y ninguno de los casos mostró destrucción ósea en los estudios radiológicos. La localización más frecuente del tumor fue en el paladar (14 casos) (Figura 1); los tres restantes se localizaron en el labio superior, labio inferior (Figura 2) y en la mucosa de la mejilla, respectivamente.

## CUADRO No. 1

TUMORES DE LAS GLANDULAS SALIVALES MAYORES Y MENORES:  
CLASIFICACION HISTOLOGICA Y LOCALIZACION

TUMORES	PAROTIDA	SUBMAXILAR	TOTAL	PALADAR	LABIO SUPERIOR	LABIO INFERIOR	MUCOSA DE MEJILLA	REBORDE ALVEOLAR	PISO DE LA BOCA	LENGUA	TOTAL
TUMOR MIXTO											
BENIGNO	64	20	85	14	1	1	1	—	—	—	17
MALIGNO	9	2	11	—	—	—	—	—	—	—	—
CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE											
BIEN DIFERENCIADO	12	1	13	3	—	—	1	2	1	1	8
MAL DIFERENCIADO	1	—	1	1	—	—	—	—	—	—	1
CARCINOMA ESCAMOCELULAR	12	—	12	—	—	—	—	—	—	—	—
ADENOCARCINOMA											
ADENOIDE QUISTICO	7	5	12	6	1	—	—	—	4	4	15
MISCELANEOS	3	—	3	—	—	—	—	—	—	2	2
DE CELULAS ACINARES	11	—	11	—	—	—	—	—	—	—	—
CISTADENOMA PAPILAR											
LINFOMATOSO	9	—	9	—	—	—	—	—	—	—	—
ADENOMA DE CELULAS OXIFILAS (ONCOCITOMA):											
BENIGNO	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1
MALIGNO	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—
HEMANGIOMA	3	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—
LESION LINFOEPITELIAL BENIGNA	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—
NO CLASIFICADOS:											
MALIGNOS	8	4	12	—	—	—	—	—	—	—	—
TOTAL	141	33	174	25	2	1	2	2	5	7	44

## CUADRO No. 2

CLASIFICACION HISTOLOGICA DE 44 TUMORES DE  
GLANDULAS SALIVALES MENORES INTRAORALES

TUMORES	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
<b>BENIGNOS</b>		
TUMORES MIXTOS	17	39
ONCOCITOMA	1	2
	<hr/>	
TOTAL	18	41
<b>MALIGNOS</b>		
<b>CARCINOMA MUCOEPIDERMOIDE:</b>		
BIEN DIFERENCIADO	8	18
MAL DIFERENCIADO	1	2
<b>ADENOCARCINOMA:</b>		
ADENOIDE QUISTICO	15	34
MISCELANEOS	2	5
	<hr/>	
TOTAL	26	59

## CUADRO No. 3

TUMORES DE GLANDULAS SALIVALES MENORES INTRAORALES:  
INCIDENCIA POR SEXOS

TUMORES	HOMBRE	MUJER
TUMOR MIXTO BENIGNO	4	13
<b>CARCINOMA MUCOEPIDERMOIDE:</b>		
BIEN DIFERENCIADO	2	6
MAL DIFERENCIADO	—	1
<b>ADENOCARCINOMA:</b>		
ADENOIDE QUISTICO	7	8
MISCELANEOS	1	1
ONCOCITOMA BENIGNO	1	—
	<hr/>	
TOTAL	15	29



Figura 1

*Adenoma pleomórfico (tumor mixto) del paladar.*

En 16 de los casos el tratamiento consistió en simple enucleación del tumor, recidivando uno de los casos 8 meses después de la operación; sin embargo, cabe anotar que solo 3 de los pacientes volvieron a su control un año después de practicada la cirugía.

Los tumores se describieron macroscópicamente como masas redondas u ovals, bien encapsuladas, de superficie externa lobulada, de consistencia firme o cauchosa y con un tamaño promedio de 3.2 cm. Al corte, la superficie era lisa, brillante y de color blanco-grisáceo. En un caso se observaron microquistes y en otros dos, áreas de hemorragia. En ninguno de los tumores se apreció ne-

crosis. El estudio microscópico confirmó la amplia variación en el aspecto histológico que se describe en este tipo de tumor (1). En un caso, por otra parte con extensas áreas típicas de adenoma pleomórfico, se observaron focos de células atípicas con núcleos "bizarros". Se trataba de un hombre de 29 años con un tumor del paladar de cinco años de duración, bien encapsulado y de 6.5 cm. de diámetro. Se practicó extirpación quirúrgica amplia de la lesión y dos años después de esta operación no se encontró evidencia de recidiva o metástasis.

**Carcinoma mucoepidermoide.** Se observaron 8 casos de carcinoma mucoepidermoide bien diferenciado. La distribución por sexos en este grupo

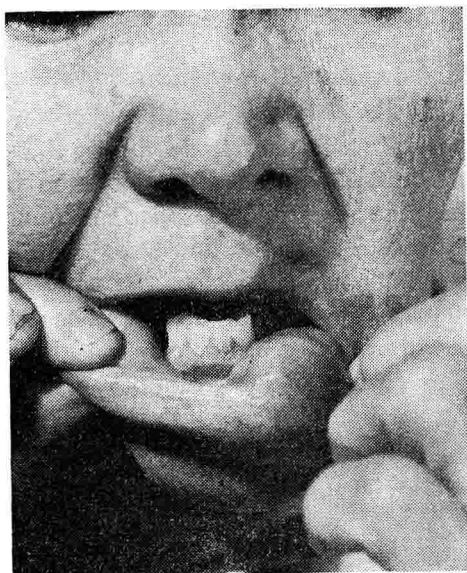


Figura 2

*Adenoma pleomórfico del labio inferior.*

de tumores fue también de predominio femenino con 6 mujeres y 2 hombres. La edad promedio en el momento del diagnóstico fue de 37 años; el paciente más joven tenía 18 años y el más viejo 50. Tres de los tumores estaban localizados en el paladar, 2 en el reborde alveolar y los restantes se distribuyeron así: 1 en la mucosa de la mejilla, otro en la lengua y otro en el piso de la boca. El tiempo de evolución de los tumores varió entre 6 meses y 10 años.

El motivo principal de consulta en estos pacientes fue la presencia de una masa asintomática; dos de ellos, además, aquejaban dolor referido al tumor y en uno de los casos se encontró ulceración. El estudio radiológico de la región mostró en 3 pacientes destrucción ósea local. En el examen físico no se encontró evidencia de metástasis.

En todos los casos se practicó extirpación local amplia del tumor. Cuatro de los pacientes no volvieron a los controles. En 3 de ellos el tumor recidivó localmente una o más veces con intervalos que variaron de 1 a 10 años, pero en ninguno de estos casos aparecieron metástasis. En el último caso, que fue tratado con cirugía radical, no se observó recidiva ni metástasis dos años después de la operación.

La descripción macroscópica de estos tumores mostró una superficie externa lobulada, consistencia elástica o blanda y un tamaño promedio de

3.4 cm. Al corte se observó una superficie blanco-grisácea, con focos de necrosis en un caso y en otras áreas de hemorragia. Las preparaciones histológicas coloreadas con hematoxilina y eosina mostraron claramente los diferentes componentes escomoso, basal o intermedio, así como el componente mucoso con pequeñas o grandes lagunas de moco. En este grupo se encontró un solo caso de carcinoma mucoepidermoide mal diferenciado. Se trataba de una mujer de 35 años con un tumor del paladar de cinco años de evolución que presentaba también una masa metastásica en ganglios cervicales derechos de 8 cm. de diámetro. El tumor primario medía 7 cms. de diámetro y había remplazado casi la totalidad del paladar. La paciente fue tratada con 4.725 rads de 250 Kev. Rayos X sin obtenerse mejoría y dos meses después fue declarada intratable.

**Carcinoma adenoide quístico.** Los 15 casos encontrados en este grupo estaban localizados en las siguientes regiones: 6 en el paladar, 4 en el piso de la boca, 4 en la lengua (Figura 3) y uno en el labio superior. La incidencia fue similar en ambos sexos (8 en mujeres y 7 en hombres) y el promedio de edad fue de 50 años, oscilando entre los 20 y 56 años.

El tiempo de duración del tumor varió de 3 meses a 2 años, pero hubo un caso, en el cual el tumor había estado presente por cerca de 20 años.

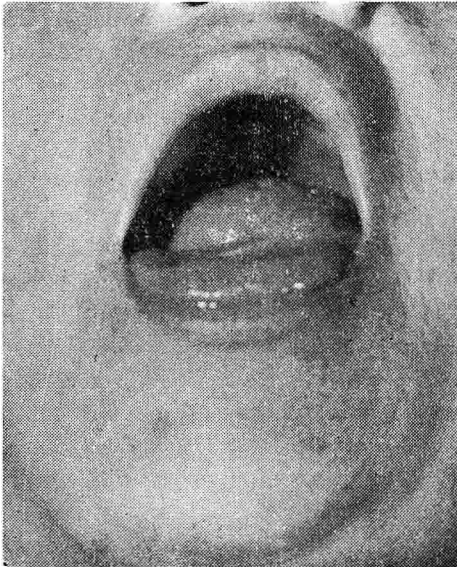


Figura 3

*Carcinoma adenoide quístico de la lengua.*

La queja principal en el momento de la primera consulta fue de una masa, que en 5 de los pacientes estaba ulcerada y en tres era dolorosa. En 6 de los pacientes las radiografías mostraron signos de destrucción ósea local. Ninguno de los pacientes presentaba evidencia de metástasis en su primer examen físico, aún así, 3 de los pacientes fueron considerados en ese momento intratables. Cuatro de los 15 pacientes no volvieron a sus controles y dos que lo hicieron 1 y 4 años después de su primera consulta no presentaban evidencia clínica de tumor. El primero había sido tratado con radioterapia y el otro con cirugía radical. Cuatro de los pacientes que habían sido tratados con extirpación quirúrgica

amplia o cirugía radical (en un caso combinado con radioterapia) presentaron recidivas locales 3 años después de este tratamiento.

Dos de los casos tratados con cirugía radical (en uno de ellos combinado con radioterapia) presentaron en los 7 años siguientes a su consulta varias recidivas locales y finalmente metástasis a los pulmones y ganglios linfáticos cervicales siendo considerados intratables. Los especímenes quirúrgicos se describieron macroscópicamente como masas redondas o de forma irregular, de consistencia firme o elástica con una superficie de corte blanco-grisácea. En tres de los casos se observaron áreas de hemorragia. El estudio microscópico mostró las características histológicas usuales de estos tumores.

**Adenocarcinoma (Misceláneos).** En este grupo se incluyeron dos casos. Uno de ellos correspondía a un hombre de 32 años que consultó por una masa en la lengua de 2 meses de evolución. El paciente fue tratado con una extirpación amplia local de la lesión y vaciamiento radical de cuello. El tumor primitivo midió 2.5 cm. de diámetro, era de forma irregular e infiltraba el músculo adyacente. La superficie de corte mostró aspecto perlado, brillante y coloración blanquecina.

Histológicamente se observó un adenocarcinoma pobremente diferenciado. Los ganglios linfáticos del va-

ciamiento de cuello se encontraron libres de tumor. El otro paciente era una mujer de 76 años que había sido referida al Instituto para el tratamiento de un tumor de la lengua que tenía una duración de 11 meses. El tumor había remplazado la totalidad de la lengua presentando una consistencia firme. El examen físico mostró también adenomegalias cervicales bilaterales. Se hizo tratamiento con radioterapia y 8 meses después murió la paciente en circunstancias desconocidas. El estudio microscópico de la biopsia mostró un adenocarcinoma mucoproducente con numerosas células en anillo de sello (Figura 4).

**Adenoma de células oxifilas (Oncocitoma).** Sólo se observó un caso en un hombre de 57 años a quien se le descubrió accidentalmente una masa asintomática en el paladar. Se le practicó una extirpación local de la lesión y dos años después no había evidencia de recidiva. El estudio macroscópico mostró un tumor bien delimitado y encapsulado de 2.5 cms. de diámetro, con una superficie de corte de aspecto rojizo carmelita, homogéneo. El estudio histológico mostró estructuras sólidas o glandulares compuestas de células grandes con citoplasma granular eosinófilo y núcleos uniformes. (Figura 5).

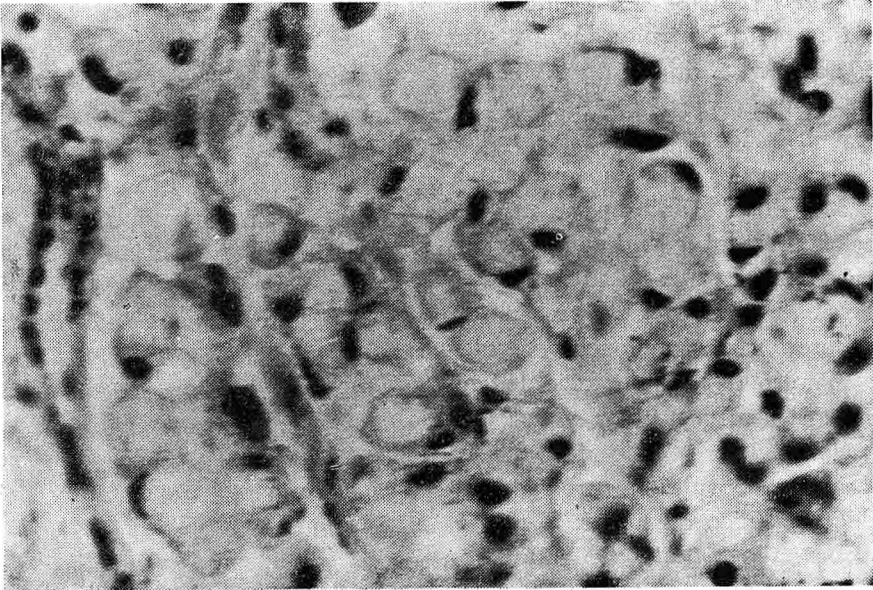


Figura 4

*Adenocarcinoma mucoproducente de la lengua (H-E x 400).*



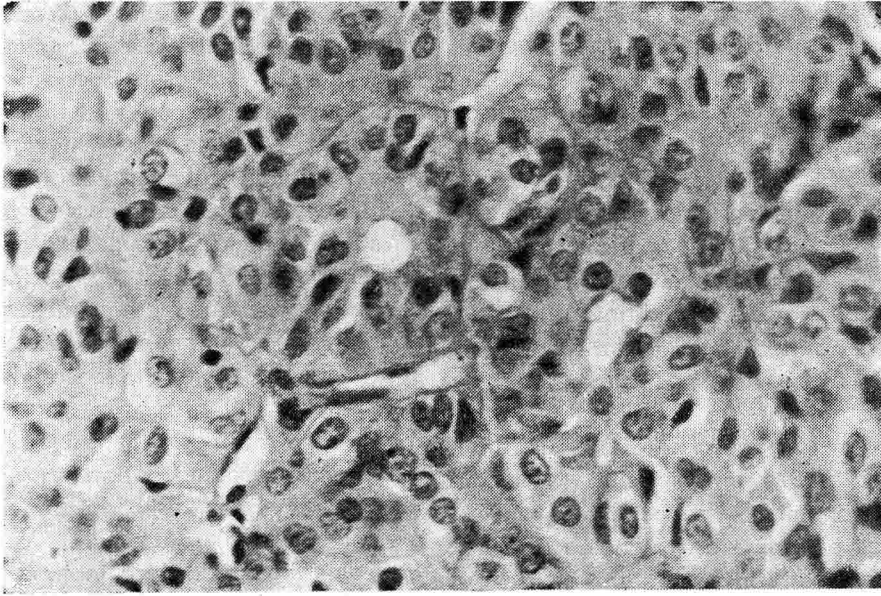


Figura 5  
*Oncocitoma benigno del paladar (H-E x 400)*

### DISCUSION

La proporción de 1 a 4 que observamos en la incidencia de los tumores de las glándulas salivales menores intraorales en comparación con las mayores, sugiere un compromiso menos frecuente de aquellas en nuestra serie comparando con lo informado por Davis y Col. (3). Sin embargo, esta misma incidencia es más alta que la encontrada por otros autores. (4-7). Los tumores se localizaron en el paladar, labio superior e inferior, mucosa de mejilla, reborde alveolar, piso de la boca y lengua. La estructura anatómica donde se presentó el mayor número de tumores (benignos y malignos) fue el paladar, lo cual está de acuerdo con lo descrito en la literatura.

En nuestro estudio simultáneo de los tumores de las glándulas salivales mayores encontramos un predominio de los benignos. En los tumores de las glándulas salivales menores encontramos lo opuesto ya que el 59 por ciento de los tumores fueron malignos. La incidencia total de tumores malignos en las glándulas salivales menores informada en la literatura y revisada por Bergman (4) varía en las diferentes series del 13 al 90 por ciento.

El intervalo entre el comienzo de los síntomas y el diagnóstico fue esencialmente el mismo para todos los tumores benignos y malignos. No se encontró enfermedad concomitante que pudiera relacionarse con la aparición del tumor.

Los adenomas pleomórficos constituyeron el grupo más grande y fueron observados con mayor frecuencia en mujeres, lo cual está en completo acuerdo con lo descrito por otros autores (5-7). Dos de estos pacientes presentaron dolor referido al tumor y una ulceración, lo cual indica que estas manifestaciones no siempre son signos de malignidad (8). Es también interesante anotar la presencia de uno de estos tumores en el labio inferior, ya que esta localización es rara para este tipo de neoplasia (4,9). En este sitio la lesión que con mayor frecuencia se observa es el quiste de retención mucoso (mucocele). En esta serie no observamos las variaciones histológicas descritas por Vellios y Col (7) ni las formas que Fine y col. (10) denominan adenomas. En este grupo de casos tampoco encontramos un tumor mixto que pudiéramos clasificar como maligno, solo en un caso observamos pequeñas áreas con células atípicas y núcleos "bizarros". Sin embargo, parece que estos focos atípicos en un tumor mixto, no tienen ningún significado pronóstico especial en tumores que por otra parte presentan características clínicas y macroscópicas benignas. (5, 11). En nuestro caso el comportamiento posterior guardó buena relación con su clasificación histológica.

Algunos autores (12-13) prefieren la denominación "tumores" mucoepidermoides y no la de carcinomas para no prejuzgar su futuro comportamiento.

Sin embargo, nosotros los clasificamos a todos como carcinomas ya que aún los mejores diferenciados pueden presentar con el tiempo recidivas y metástasis. Este grupo de carcinomas mucoepidermoides los dividimos a su vez, teniendo en cuenta su diferenciación histológica, en carcinomas bien y mal diferenciados. Los casos en que se encontró predominio del componente escamoso y solo ocasional célula mucosa fueron descartados del grupo ya que estos tumores se comportan igual que los carcinomas escamocelulares presentando frecuentes reproducciones y metástasis (1,13). Entre todos los tumores malignos los carcinomas mucoepidermoides ocuparon el segundo lugar (20 por ciento de los casos). Vellios y col. (7) encontraron una incidencia similar en su revisión de la literatura, pero en su propia serie, así como la de Fine y col. (10) más de la mitad de los tumores malignos fueron de esta variedad histológica. Chaudry y col. (14) y Frable y col. (5) publicaron una incidencia más baja que la de nuestra serie. Los 7 casos que clasificamos como bien diferenciados fueron tratados con extirpación amplia y un caso con cirugía radical; sin embargo, a pesar de este tratamiento, 3 de los casos presentaron recidivas.

El carcinoma adenoide quístico es el tumor maligno más frecuente de las glándulas salivales menores intraorales y el de peor pronóstico (5, 6, 15). En nuestro grupo constituyeron el 34 por ciento de todos los tumores. De los 15 casos, cuatro mos-

traron una o dos recidivas locales y en otros dos se presentaron metástasis a los ganglios linfáticos cervicales y a los pulmones después de varias reproducciones locales previamente tratadas.

Uno de los adenocarcinomas del grupo misceláneo localizado en la lengua fue un adenocarcinoma mucoproducción con típicas células en anillo de sello. Este tumor se encuentra rara vez en esta localización (1,7). Otro hallazgo de interés fue el de un oncocitoma del paladar. Jaffe (citado por Hamperl (16) en 1943 sugirió que este nombre debería aplicarse

sólo a los tumores de las glándulas salivales que estuvieran compuestos predominantemente de oncócitos (16-18).

Los oncocitomas de las glándulas salivales mayores son raros, pero lo son todavía más en las glándulas salivales menores. En 1968 Jalasi (19) publicó el segundo caso localizado en el paladar. Estos tumores se presentan como una masa de aspecto inocente y su identificación sólo se hace después de su resección y su estudio histológico. El tratamiento consiste en la extirpación local y el pronóstico es excelente.

### RESUMEN

Se estudiaron 44 casos de tumores de las glándulas salivales menores intraorales recogidos de los Archivos del Departamento de Patología del Instituto Nacional de Cancerología en un período de 15 años. En cada grupo histológico se valoraron las características clínicas, tratamiento y evolución posterior comparándose estos hallazgos con series similares publicadas en otros países. La incidencia entre los tumores de las glándulas salivales menores y mayores fue de 1:4; esta proporción fue más alta que la informada por la mayoría de

otros autores. No se encontraron diferencias histológicas notables entre los dos grupos. Los tumores más frecuentes fueron el adenoma pleomórfico y el carcinoma adenoide quístico, predominando los tumores malignos (59%). El carcinoma mucopidermoide bien diferenciado con frecuencia presentó un curso desfavorable en contraste con lo informado en la literatura. De interés especial fue el hallazgo de un tumor mixto del labio inferior, un oncocitoma del paladar y un adenocarcinoma mucoproducción de la lengua.

### SUMMARY

Fourty-four cases of tumors of intraoral minor salivary glands have been seen at the Department of Pa-

thology, Instituto Nacional de Cancerología, over a period of 15 years. Clinical features, treatment and pos-

terior evolution were evaluated in each histologic group. Findings were compared with similar series published from other countries. The ratio of 1:4 between the incidence of tumors of minor and major salivary glands is higher than that reported by most other authors. There were no conspicuous histologic differences between the two groups. Malignant

neoplasms predominated (59 per cent); most frequent tumors were pleomorphic adenomas and adenoid cystic carcinomas. Low grade mucoepidermoid carcinomas generally showed an un favorable course. Of special interest were a mixed tumor of the lower lip, an oncocyoma of the palate and a mucous-secreting adenocarcinoma of the tongue.

### BIBLIOGRAFIA

1. Foote, F. W. and Frozell, E. L.: **Tumors of the major salivary glands.** Atlas of Armed Forces Institute of Pathology. Sect IV, Fasc. 11, 1954.
2. Martin Berdasco, F. y Meleg de Smith, S.: **Tumores de las glándulas salivales mayores: estudio clínico-patológico de 174 casos** (en prensa).
3. Davies, J. N. P.; Dodge, O. G. and Burkitt, D. P.: **Salivary gland tumor in Uganda.** Cancer 17; 1310, 1964.
4. Bergman, F.: **Tumors of the minor salivary glands.** Cancer 23; 538, 1969.
5. Frable, W. J. and Elzay, R. P.: **Tumors of minor salivary glands.** Cancer 25; 932, 1970.
6. Stuteville, O. H. and Corley, R. D.: **Surgical management of tumors of intraoral minor salivary glands.** Cancer 20; 1978, 1967.
7. Vellios, F. and Shafer, W. G.: **Tumors of intraoral accessory salivary glands.** Surg. Gynec. & Obst. 108; 450, 1959.
8. Eneroth, C. M.: **Histological and clinical aspects of parotid tumors.** Acta Otolaryng. (Suppl.) 191; 15, 1964.
9. Bernier, J. L.: **Mixed tumors of the lip.** J. Oral Surg. 4; 193, 1946.
10. Fine, G.; Marshall, R. B. and Horne, R. G.: **Tumors of the minor salivary glands.** Cancer 13; 659, 1960.
11. Patey, D. H.; Thackray, A. C. and Keeling, D. H.: **Malignant disease of the parotid.** Brit. J. Cancer 19; 712, 1965.
12. Bhaskar, S. N. and Bernier, S. L.: **Mucoepidermoid tumors of the major and minor salivary glands.** Cancer 15; 801, 1962.
13. Gray, J. M.; Hendrix, R. C. and French, A. J.: **Mucoepidermoid tumors of salivary glands.** Cancer 16; 183, 1963.
14. Chaudhry, A. P.; Vickers, R. A. and Goring, R. J.: **Intraoral minor salivary gland tumors.** Oral Surg. 14; 1184, 1961.
15. Burbank, P. M.; Dockerty, M. B. and Devine, K. D.: **A clinico Pathologic study of 43 cases of glandular tumors of the tongue.** Surg. Gynec. & Obstet. 109; 573, 1959.
16. Hamperl, H.: **Onkocytes and the so-called Hürthle cell-tumor.** Arch. Path. 49; 563, 1950.
17. Hamperl, H.: **Onkocyten und Geschwülste der Speicheldrüsen.** Virshows Arch. Path. Anat. 282; 724, 1931.
18. Hamperl, H.: **Benign and malignant oncocytoma.** Cancer 15; 1019, 1962.
19. Jalasi, M.: **Oncocyoma of the accessory glands.** Laryngol. Oto. 82; 257, 1968.