

Egresos hospitalarios debidos a enfermedades de las glándulas salivales, CCSS, Costa Rica, 1997 al 2015

Hospital expenditures due to salivary gland diseases, CCSS, Costa Rica, 1997 to 2015.

William Lao Gallardo, Caja Costarricense de Seguro Social, Costa Rica, Wlao@ccss.sa.cr
Karen Sobalvarro Mojica, Caja Costarricense de Seguro Social, Costa Rica, ksobalva@ccss.sa.cr

RESUMEN

El siguiente estudio descriptivo analiza los casos informados sobre enfermedades de las glándulas salivales de la base de datos del Registro de Egresos Hospitalarios del Área de Estadística en Salud del la Caja Costarricense del Seguro Social, acontecidos durante los años 1997 al 2015, los cuales fueron analizados por los comportamientos de las variables epidemiológicas de tiempo, lugar y persona; estadística descriptiva. La finalidad de este artículo es investigar la casuística que propicie en el profesional en Odontología una herramienta para el diagnóstico precoz, que contribuya al establecimiento individual de la detección oportuna y las medidas de intervención adecuadas.

Se registró un total de 1.606 casos de enfermedades de las glándulas salivales, según la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10; dentro de los resultados obtenidos, la tasa por grupo de edad se concentró en la población de mayores de 65 años con una tasa de 8,28 x 10.000 habitantes; la tasa por localización geográfica en nuestro país fue de 4,34 por cada 10.000 habitantes en la provincia de Alajuela.

PALABRAS CLAVE

Glándulas salivales, tumores, sialadenosis, sialolitiasis.

ABSTRACT

The following descriptive study analyzes the cases reported on diseases of the salivary glands of the database of the Registry of Hospital emerges of the Health Statistics Area of the Caja Costarricense del Seguro Social, which occurred during the years 1997 to 2015, which were analyzed by variables of behavior of epidemiological time, place and person, descriptive statistics. The purpose of this article is to investigate the casuistry that helps the professional in dentistry as tool for the early diagnosis that contributes to the individual establishment of the timely detection and the appropriate intervention measures.

A total of 1,606 cases of diseases of the salivary glands were registered, according to the International Classification of Diseases ICD-10. Within the results obtained were the rate by age group were concentrated in the population over 65 with a rate of 8.28 x 10.000 inhabitants. The rate by geographic location in our country was 4.34 per 10,000 inhabitants in the province of Alajuela.

KEYWORDS

Salivary glands, tumors, sialadenosis, sialolithiasis.

Recibido: 11 mayo, 2017
Aceptado para publicar: 19 octubre, 2017

INTRODUCCIÓN

La secreción salival en la cavidad bucal proviene de numerosas glándulas; tres pares de glándulas mayores o principales (parótidas, submentonianas y sublinguales), las denominadas de la zona de la encía y porción anterior del paladar duro (palatinas, glosopalatinas, labiales, bucales, linguales y sublinguales menores) y entre quinientas a setecientas glándulas menores o secundarias, distribuidas por distintas regiones de la boca. (Campos, A. y cols, 1998)

El mantener los métodos de defensa de la cavidad bucal, conservar la humedad, intervenir en la autoclisis, facilitar la formación del bolo alimenticio así como su deglución, son algunas de las funciones elementales de la saliva; dentro de este contexto puede afirmarse, que la pérdida de su flujo desde el punto de vista bucal y sistémico, podría ser devastador para una persona.

Entre las patologías más frecuentes, destacan las lesiones reactivas, obstructivas, infecciones, trastornos inmunopatológicos y neoplasias. Las lesiones infecciosas y obstructivas son habitualmente dolorosas, mientras que los trastornos inmunológicos y neoplásicos suelen caracterizarse por una tumefacción indolora. (López, MP., 2002)

Los tumores de glándulas salivares al ser una entidad clínica poco frecuente, constituyen aproximadamente del 3 al 10 % de todos los tumores de cabeza y cuello, y menos del 1% de todos los tumores en general. (Ansary, MH., 2007)

Alrededor del 80% de las lesiones son benignas; los tumores malignos son raros, constituyendo estos el 5% de los cánceres de cabeza y cuello, y menos del 0,5% de los cánceres en general; no obstante, la mayoría de los tumores de las glándulas saliva-

les menores y glándula sublingual, son más propensos a ser malignos en lugar de benignos (Hyam, DM., y cols, 2004), por regla cuanto más pequeño es el tamaño de la glándula, más probabilidad de que el tumor sea maligno.

La incidencia global aproximada de los tumores de glándulas salivales varía de 0,4 a 13,5 casos por cada 100.000 habitantes, la mayoría de los estudios refieren mayor predilección por el género femenino y pocos informan una proporción similar hombre-mujer. (González, G., y cols, 2013). Es una enfermedad propia del adulto, con una edad media de presentación de 45 años, afectando a niños en sólo el 5% de los casos. (Cisternas, M.J., y cols, 2015)

La incidencia tumoral maligna de las glándulas salivales aumenta con la edad, en general, el 20% de las neoplasias parotídeas son malignas, 50% se sitúan en las glándulas submandibulares, 90% en la sublingual y 60% de las localizadas en glándulas salivales menores. En la lengua y el área retromolar el total de los tumores son malignos, mientras que en el labio superior el 70% son benignos. (Cisternas, M., y cols, 2015)

Por otra parte, estudios epidemiológicos han demostrado que las lesiones benignas tienen un pico de incidencia en la tercera década de vida (García, M., 2006), el 80% de los tumores benignos son de localización parotídea, 5-10% se ubican en la glándula submandibular, 10% en las glándulas salivares menores o accesorias, menos del 1% en la glándula sublingual y 9% en las glándulas salivales menores, y el sitio más frecuentemente afectado en este último caso es el paladar. (Auclair, P., 1991).

El propósito de este estudio reside en la importancia de documen-

tar la epidemiología en el ámbito nacional de esta patología, que a su vez permita al profesional en Odontología detectar etapas tempranas y de grado bajo de malignidad que generalmente son curables, para preservar la función glandular, evitando males mayores cuando sea posible y permitiendo de esta forma mejorar la calidad de vida a las personas que presentan este tipo de padecimiento.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de egresos hospitalarios debido a enfermedades de las glándulas salivales, para un total de 1.606 casos, que fueron recolectados de la base de datos de egresos hospitalarios del Área de Estadísticas en Salud de la CCSS, de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 10 de los años 1997 al 2015.

Fueron considerados como enfermedad de las glándulas salivales, los registros que según la Décima Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) presentan el código K11 que son enfermedades de las glándulas salivales que comprenden: atrofia e hipertrofia de las glándulas salivales, sialadenitis, absceso o fístula de las glándulas salivales, sialolitiasis, mucocele, trastornos de la secreción salival, otras enfermedades de las glándulas salivales y enfermedad de las glándulas salivales sin especificar, catalogados como diagnóstico principal y secundario.

Se establecieron las tasas de las enfermedades por año, grupo edad por sexo, razón de tasas hombre: mujer y la proporción por centros de salud.

Por último, se determinaron las tasas de acuerdo con la localización geográfica por provincia, considerando la CIE-10 del total de casos.

La información requerida se concentró en una sola base de datos, en la que se realizaron análisis de estadística descriptiva con un nivel de confianza al 95% para conocer la tendencia ascendente o descendente es este periodo en el paquete estadístico SPSS para Windows versión 10 y EpiInfo 3.5.6.

RESULTADOS

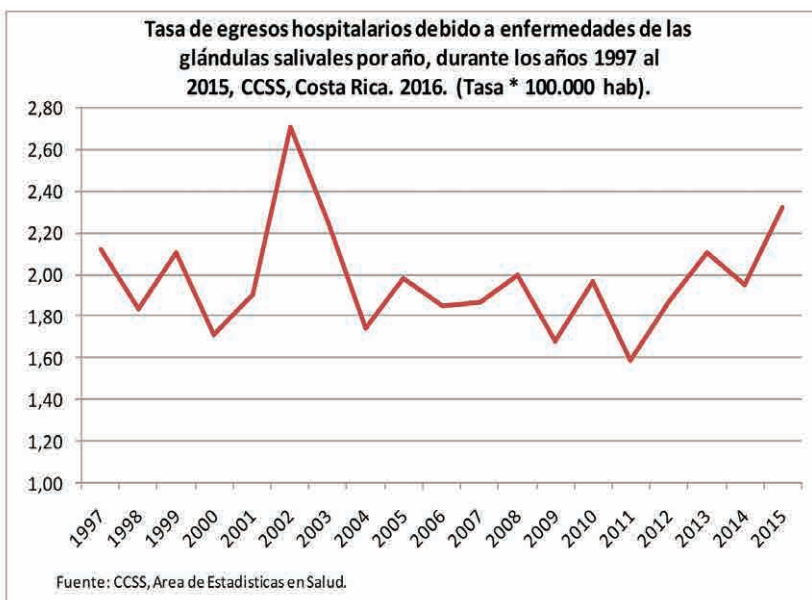
Durante el periodo 1997 al 2015, se registraron 1.606 casos nuevos de tales enfermedades de las glándulas salivales según la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10; del total de casos, el 53,60% (n=861) son mujeres y el egreso es de aproximadamente 85 personas al año.

La razón fue de 0,87 mujeres por cada hombre egresado con enfermedades de las glándulas salivales. Hubo una tendencia variable de los egresos hospitalarios en el transcurso de los años, con un promedio de 7 casos por mes en el transcurso del estudio.

Existe una diferencia estadísticamente significativa por género una $p: 0,0013441$, donde en general la tasa femenina es del $4,05 \times 10.000$ habitantes.

Las tasas por grupo de edad se concentraron y la mayor parte de los egresos en los grupos de población de: mayor de 65 años con una tasa de $8,28 \times 10.000$ habitantes y de 1 a 4 años con una tasa de $5,04 \times 10.000$ habitantes, existiendo una diferencia estadísticamente significativa por grupo de edades de $p: 0,0001$.

Se encontró una diferencia estadísticamente significativa en cuanto a los grupos de edad de: menores de 1 año ($p = 0,0113959$); 1 a 4 años ($p = 0,0000000$); 5 a 9 años ($p = 0,0000000$); 20 a 64 años ($p = 0,0000000$) y mayores 65 años ($p = 0,0000000$), en comparación con el grupo de 10 a 19 años.

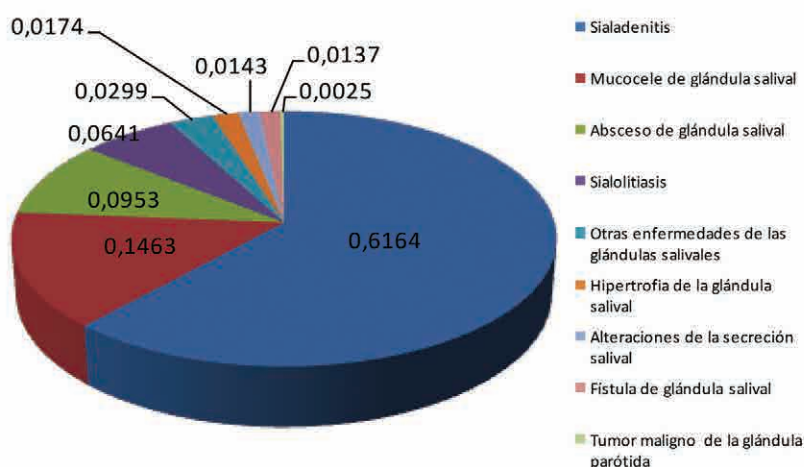


Tasa de egresos hospitalarios debido a enfermedades de las glándulas salivales por grupo de edad, durante los años 1997 al 2015, CCSS, Costa Rica, 2016. (Tasa * 10.000 hab).

GRUPO EDAD	Tasa_Masc	Tasa_Fem	Tasa_TOTAL
Mayor 65 años	6,11	10,48	8,28
1 a 4 años	5,95	4,11	5,04
5 a 9 años	4,57	4,14	4,36
Menores de 1 año	4,86	3,12	3,99
20 a 64 años	3,03	3,83	3,43
10 a 19 años	2,22	2,71	2,47
TOTAL	3,45	4,05	3,75

Fuente: CCSS, Area de Estadísticas en Salud.

Porcentaje de enfermedades de la glándulas salivales según diagnóstico, durante los años 1997 al 2015, CCSS, Costa Rica, 2016.



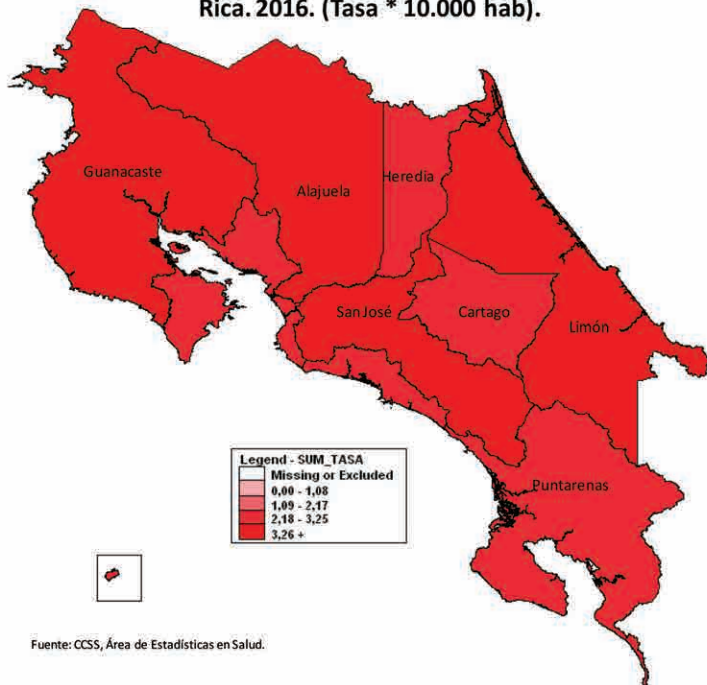
En cuanto a la distribución porcentual de las enfermedades de las glándulas salivales se encontró que la inflamación de las glándulas salivales causada por una infección (sialoadenitis) ocupa el mayor (61,64%), seguida por el mucocele de glándula salival (14,63%).

La distribución porcentual para las mayores frecuencias por grupo etario, se muestra de la siguiente forma:

- En el grupo de edad de los menores de 1 año, las mayores frecuencias de egreso son: sialoadenitis (45,2%); mucocele de glándula salival (32,3%) y el absceso de glándula salival (12,9%).
- Para el de 1 a 4 años, la mayor frecuencia de egreso es: sialoadenitis (75,9%).
- En el grupo 5 a 9 años, las mayores frecuencias de egreso son: sialoadenitis (55,6%) y el mucocele de glándula salival (25,3%).
- Para el grupo de 10 a 19 años, las mayores frecuencias de egreso son: sialoadenitis (46,4%) y el mucocele de glándula salival (31,6%).
- En el grupo de 20 a 64 años, las mayores frecuencias de egreso son: sialoadenitis (63,2%) y el mucocele de glándula salival (10,4%). Cabe destacar que en este grupo aparecen 4 casos de tumor maligno de la glándula parótida que representan una frecuencia del 0,5% e igual para ambos sexos.
- Y para mayores de 65 años, la mayor frecuencia de egreso es: sialoadenitis (67,4%) y el absceso de glándula salival (11,6%).

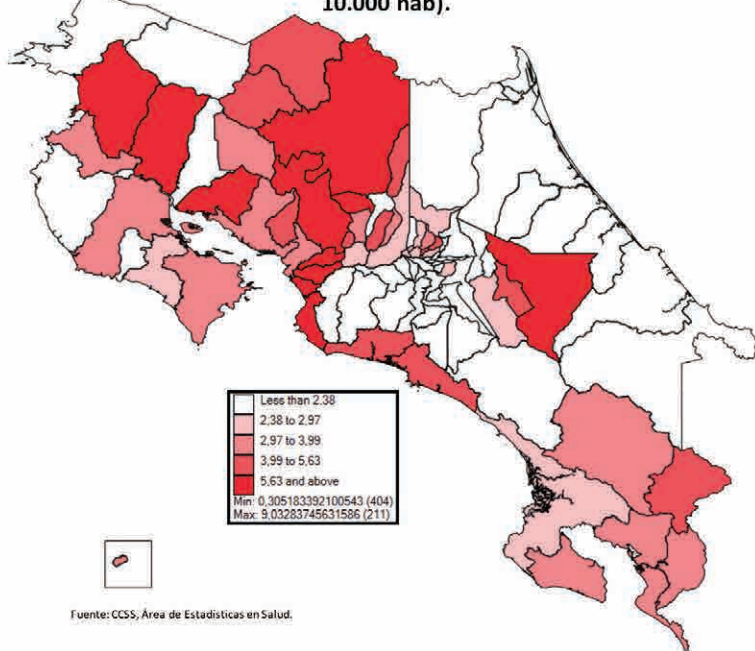
En cuanto a la descripción por provincia, por orden descendente con una tasa por 10.000 habitantes, es la siguiente: Alajuela (4,34); San José (4,19); Limón (4,15), Guanacaste (3,71); Cartago (3,07), Puntarenas (2,88) y Heredia (2,76).

Tasa de egresos hospitalarios debido a enfermedades de las glándulas salivales por Provincias, durante los años 1997 al 2015, CCSS, Costa Rica. 2016. (Tasa * 10.000 hab).



Fuente: CCSS, Área de Estadísticas en Salud.

Tasa de egresos hospitalarios debido a enfermedades de las glándulas salivales por Cantones, durante los años 1997 al 2015, CCSS, Costa Rica. 2016. (Tasa * 10.000 hab).

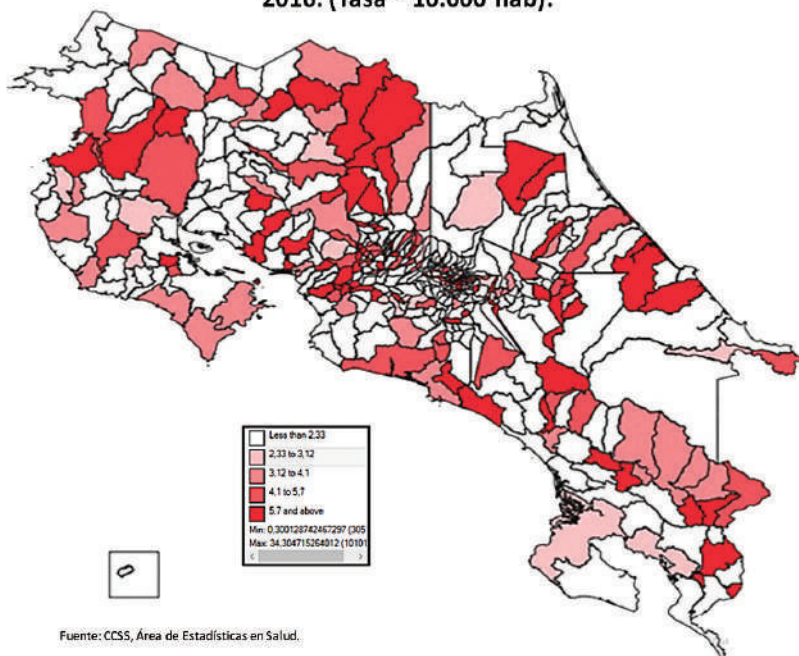


Fuente: CCSS, Área de Estadísticas en Salud.

Por cantón, la casuística de enfermedades de glándulas salivales por encima de la tasa general (3,07), muestra por orden descendente la tasa por 10.000 habitantes, el siguiente comportamiento: Alajuela / Alfaro Ruiz (9,03); Alajuela / San Carlos (7,07); Cartago /Turrialba (6,89), Alajuela / Orotina (6,80), Alajuela / San Mateo (6,67), Guanacaste / Bagaces (6,13); Guanacaste / Abangares (6,02); Puntarenas / Garabito (6,01); Guanacaste / Liberia (5,72); Alajuela / San Ramón (5,63); Puntarenas / Coto Brus (5,33); Cartago / Jiménez (5,07); Alajuela / Palmares (4,79); Alajuela / Guatuso (4,78); Heredia / San Pablo (4,71), Heredia / San Isidro (4,44); Puntarenas / Parrita (4,41); Puntarenas/ Aguirre (4,41); Alajuela / Grecia (4,24); Alajuela / Los Chiles (4,06); Puntarenas / Montes de Oro (3,99); Guanacaste / Carrillo (3,91) y Puntarenas / Corredores (3,82).

La casuística de las enfermedades de las glándulas salivales por distrito, muestra por orden descendente la tasa por 10.000 habitantes, el siguiente comportamiento: San José / San José / Carmen (34,30); Alajuela / Guatuso / Buena Vista (21,15); Puntarenas / Buenos Aires / Pilas (18,30), Cartago / El Guardo / Patio de Agua (17,24); Guanacaste / Bagaces / Mogote (16,64); Cartago / Turrialba / Tres Equis (14,81); Alajuela / San Ramón / San Isidro (13,52); Heredia / Santo Domingo / Santo Domingo (1,98); Alajuela / Alfaro Ruiz / Zarcero (12,67); Alajuela / San Carlos / Florencia (12,35); Alajuela / Alfaro Ruiz / Laguna (12,17); Heredia / San Isidro / San Isidro (11,55); Limón / Guácimo / Mercedes (11,48); Alajuela / San Mateo / San Mateo (11,39); San José / Goicoechea / Guadalupe (11,34); Limón / Pococi / Rita (11,03); San José / Desamparados / Frailes (10,96); Alajuela / Orotina / Hacienda Vieja (10,79); San José / Tibás / Cinco Esquinas (10,54); Alajuela / San Carlos / Ciudad Quesada (10,30); Cartago

Tasa de egresos hospitalarios debido a enfermedades de las glándulas salivales por Distrito, durante los años 1997 al 2015, CCSS, Costa Rica. 2016. (Tasa * 10.000 hab).



/ Turrialba / Turrialba (10,20); Puntarenas / Puntarenas / Puntarenas (10,05); Puntarenas / Buenos Aires / Boruca (10,04); Alajuela / San Carlos / Aguas Zarcas (9,85); Puntarenas / Puntarenas / Guacimal (9,70); San José / Pérez Zeledón / Rivas (8,95); Alajuela / Grecia / Grecia (8,75); San José / Puriscal / Grifo Alto (8,72); San José / Montes de Oca / San Pedro (8,69); Guanacaste / Abangares / Sierra (8,955); San José / Pérez Zeledón / Daniel Flores (8,38); Alajuela / Orotina / Orotina (8,36); Puntarenas / Coto Brus / Limoncito (8,36); Cartago / Cartago / Tierra Blanca (8,28); San José / Turrubares / San Pablo (8,06); Puntarenas / Corredores / La Cuesta (7,95); Heredia / San Rafael / San Rafael (7,77); Puntarenas / Aguirre / Naranjito (7,76); Cartago / Turrialba / La Suiza (7,31); Alajuela / San Carlos / Cutris (7,30); Alajuela / San Carlos / Tigra (7,16); Alajuela / Los Chiles / El Amparo (7,13); Puntarenas / Montes de Oro / Miramar (7,02); Alajuela / Poas / San Pedro (6,95); Alajuela / San Ramón / San Juan (6,94); San José

/ Tibás / San Juan (6,93); Puntarenas / Esparza / Macacona (6,92); Puntarenas / Puntarenas / Chomes (6,92); Puntarenas / Aguirre / Savegre (6,89); Alajuela / San Ramón / San Rafael (6,87); San José / Puriscal / San Antonio (6,85); Guanacaste / Liberia / Liberia (6,85); Puntarenas / Coto Brus / San Vito (6,80); San José / Montes de Oca / Sabanilla (6,79); Limón / Pococi / Cariari (6,50); Cartago / Turrialba / Tayutic (6,47); San José / Goicoechea / Purrál (6,46); Guanacaste/ Nandayure / Santa Rita (6,45); Alajuela / Orotina / Ceiba (6,36); Alajuela / San Carlos / Pocosol (6,31); Cartago / La Unión / San Rafael (6,13); San José / Curridabat / Curridabat (6,02); Limón / Limón/ Matama (5,99); Alajuela / Orotina / Mastate (5,91); Cartago / Cartago / Dulce Nombre (5,90); San José / Desamparados / San Antonio (5,90); Limón / Matina / Carrandi (5,87); Alajuela / Valverde Vega / San Pedro (5,83); Alajuela / Atenas / Santa Eulalia (5,75); Puntarenas / Corredores / Corredor (5,75) y Guanacaste / Carrillo/ Sardinal (5,70).

Los establecimientos de salud utilizados para la atención y referencia de la casuística, están expresados por orden de prioridad en la siguiente tabla.

Con un total de 7.997 días de estancia, con un promedio de 5 días, una mediana de 3 días, una moda de 1 día; con un mínimo de día y un máximo de 77 días; cuyo comportamiento se muestra en el siguiente gráfico.

Los servicios de egreso utilizados para la atención y referencia de la casuística, donde se observa que cirugía ocupa el mayor porcentaje y que están expresados por orden de prioridad en la siguiente tabla.

Las especialidades de salud son utilizadas para la atención y referencia de la casuística, y donde se observa que otorrinolaringología ocupa el mayor porcentaje y que están expresados por orden de prioridad en la siguiente tabla.

DISCUSIÓN

Poco es lo que se conoce sobre la etiología de estos tumores. A diferencia de otras neoplasias de cabeza y cuello, el tabaco y el alcohol no se relacionan con el desarrollo de cánceres salivales. Tampoco se los asocia con una historia de parotiditis, litiasis o traumatismos como factores predisponentes. En cambio, se destaca que la radioterapia en bajas dosis favorece la aparición de tumores en las glándulas salivales.

En este contexto, Montero y cols(2005) informaron que dentro de las complicaciones indeseables del empleo de radiaciones ionizantes en el tratamiento del cáncer, se encuentra el desarrollo de segundos tumores en relación con el tratamiento del cáncer primario; refieren se ha observado en niños supervivientes de cáncer un aumento del riesgo de padecer un segundo

Porcentaje de establecimientos de Salud, que tratan casuística 1997 a 2015, CCSS, Costa Rica.

Servicio de Salud	Porcentaje
Hosp. Especializados	0,07
Hosp. Nacionales Generales	0,38
Hosp. Regionales	0,34
Hosp. Periféricos	0,21
Total	1,00

Fuente: CCSS, Área de Estadísticas en Salud.



Porcentaje de Servicio Egreso de enfermedades de la glándulas salivales, durante los años 1997 al 2015, CCSS, Costa Rica, 2016.

Servicio de Egreso	Porcentaje
Cirugía	55,04%
Pediatría	22,85%
Cirugía Mayor Ambulatoria	14,94%
Medicina	6,97%
Cirugía Vespertina	0,12%
Cuidados intensivos en medicina	0,06%
Total	100,00%

Fuente: CCSS, Área de Estadísticas en Salud.

Porcentaje de Especialidades Egreso de Enfermedades de la Glándulas Salivales, durante los años 1997 al 2015, CCSS, Costa Rica, 2016.

Especialidad de Egreso	Porcentaje
Otorrinolaringología	49,75%
Medicina General	16,81%
Cirugía General	10,71%
Oncología	6,72%
Cirugía Bucodentomaxilar	3,80%
Medicina Interna	3,42%
Cirugía Reconstructiva	2,24%
Infectología Cl Infecto-Contag.	2,05%
Cirugía Infantil	1,06%
Geriatría	0,68%
Cirugía Maxilo Facial	0,50%
Urgencias quirúrgicas	0,50%
Neonatología	0,25%
Reumatología	0,25%
Endocrinología	0,12%
Gastroenterología	0,12%
Hematología	0,12%
Neumología	0,12%
Odontología General	0,12%
Ortopedia	0,12%
Urología	0,12%
Cirugía Torácica	0,06%
Cirugía Vascul Periférica	0,06%
Dermatología	0,06%
Nefrología	0,06%
Odontología Especializada	0,06%
Oftalmología	0,06%
Total	100,00%

Fuente: CCSS, Área de Estadísticas en Salud.

tumor a 20 años del 8-10%, lo que atribuyen al riesgo mutagénico de la radioterapia o quimioterapia (especialmente agentes alquilantes y podofilotoxinas) en pacientes que ya posee una cierta predisposición genética para el desarrollo de tumores.

Ante esto, la educación continua por parte del profesional en Odon-

tología en materia de patología bucal aplicada a la evaluación clínica, es el primer paso en el diagnóstico. En este sentido, cobra vital importancia que habitualmente los tumores salivales son palpables antes que visibles, por lo que un examen clínico sistemático de la cavidad bucal acompañado de la práctica palpación bidigital, es esencial en estos casos donde un cáncer salival

puede presentarse como una masa solitaria de crecimiento lento. De igual forma debe considerarse que el dolor episódico acompañado de tumefacción glandular sugiere un proceso inflamatorio o una obstrucción al flujo salivar antes que una neoplasia.

Llama la atención que a pesar que las glándulas salivales forman parte

de las estructuras anatómicas propias del área de la estomatología, la mayoría de los casos informados por el Registro de Egresos Hospitalarios del Área de Estadística en Salud de la Caja Costarricense del Seguro Social para la atención y referencia de este grupo de enfermedades, fueron en los servicios de cirugía y pediatría, especialidades médicas que examinan parcialmente la boca; en este sentido, se hace evidente, para que pasen por alto inadvertidas menos lesiones ya sean benignas, premalignas o malignas, la práctica del examen clínico por parte del especialista en Odontología, debe ser reforzada desde los primeros niveles de atención, con la finalidad de brindar un tratamiento adecuado y oportuno. De las enfermedades de glándulas salivales informadas en este estudio y en concordancia con la literatura revisada, las lesiones benignas fueron las más frecuentes; la patología de tipo inflamatorio-infeccioso bajo el diagnóstico de sialoadenitis, predominó en todos los grupos etarios, seguida por la patología quiste de las glándulas salivales no tumoral que alteran la función mediante la obstrucción o daño de un conducto conocida como mucocèle. En nuestro país la provincia de Alajuela fue la ubicación geográfica donde residió la mayor cantidad de casos.

En relación con la incidencia de las lesiones malignas, se habla de que estas van aumentando progresivamente hasta la sexta década de vida, de los resultados de esta investigación cabe destacar, que a pesar de que el 80% de los tumores benignos son de localización parotídea, dentro del grupo de 20 a 64 años fueron diagnosticados cuatro casos de tumor maligno de la glándula parótida, representando una frecuencia del 0,5% igual para ambos sexos.

La población de estudio guarda similitud respecto a la predilección por el género femenino, logrando una afectación levemente mayor del 53,60 % de todos los casos evaluados y una diferencia significativa en la tasa femenina de 4.05 mujeres por cada 10.000 habitantes.

Respecto a la estancia hospitalaria, el promedio fue de cinco días con una mediana de tres días, dato que no guarda similitud con lo encontrado en la mayoría de la literatura revisada, donde se informa en general un promedio de dos días de estancia hospitalaria bajo la modalidad de atención en cirugía ambulatoria; en Cuba se hace referencia al programa "atención continuada médico y enfermera de la familia" mediante el ingreso domiciliario, brindado a todos los pacientes ambulatorios, con el cual, disminuyeron el tiempo de estancia de casos de menor complejidad a 11 horas, reduciendo de esta forma considerablemente los costos hospitalarios. (García, O., y cols.2004)

Se puede concluir que resulta necesario en nuestro país, tener un panorama más representativo de estas neoplasias, el establecer las variables propias de la población costarricense, puede servir de guía para estudios que contribuyan a instituir sistemas de seguimiento epidemiológico enfocados a la planeación y evaluación de programas de prevención y control.

El documentar y corroborar el diagnóstico y tratamiento adecuado de las principales lesiones en cavidad bucal, permite interceptar males mayores a futuro, aunque en este caso se trata de una entidad clínica poco frecuente y en su mayoría de carácter benigno, requieren de un diagnóstico oportuno, debido a que con el tiempo según su diagnosis y manejo, podrían evolucionar a un comportamiento

maligno, causando en el mejor de los casos limitación de la función o en su defecto, disminución de la expectativa de vida de los pacientes. La ausencia de información en cuanto a localización de las patologías encontradas y de hallazgos en cuanto a la morfología, hace una limitación del presente estudio, que se deberá complementar con otras investigaciones a futuro. Se espera que con la implementación Institucional del Expediente Digital Único en Salud sea más factible y expedito la recopilación de la información necesaria en beneficio de los asegurados. ■■■

Autores

Dr. William Lao Gallardo. Epidemiólogo del Área de regulación, Sistematización, Diagnóstico y Tratamiento. Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud. Gerencia Médica de la Caja Costarricense de Seguro Social. Costa Rica.
Correo electrónico: Wlao@ccss.sa.cr

Dra. Karen Sobalvarro Mojica. Jefatura Especialidades Odontológicas, Hospital San Vicente de Paul. Heredia. Caja Costarricense de Seguro Social. Costa Rica. Magister en Administración de Servicios de Salud Sostenible.
Correo electrónico: ksobalva@ccss.sa.cr

País: Costa Rica

BIBLIOGRAFÍA

Ansari, M., (2007). *Salivary gland tumors in an Iranian population: a retrospective study of 130 cases. Journal Oral Maxillofac Surgery*, 65: 2187-2194.

Auclair, P., Ellis, G., (1991). *Salivary gland neoplasm: general consideration in surgical pathology of salivary glands. Philadelphia: WB Saunders*, 135-8.

Bello I., Salo T., Dayan, D., Tervahauta, E., Almangoush, A., Schnaiderman-Shapiro, A., Barshack, I., Leivo, I., Vered, M., (2012). *Epithelial salivary gland tumors in two distant geographical locations, Finland (Helsinki and Oulu) and Israel (TelAviv): a 10-year retrospective, comparative study of 2,218 cases. Head and Neck Pathol*, 6: 224-231.

Campos, A., Sánchez, M., (1998). *Histología de la Mucosa Oral y de las Glándulas Salivales menores. Madrid España: Bascones, Trigo*, 353-63.

Cisternas, M., De la O, E., De Saa, M., (2015). *Patología tumoral de las glándulas salivares, Libro virtual de formación en Otorrinolaringología, Complejo Hospitalario de Cáceres. Capítulo 148, pp. 2-16.*

Evenson, J., Auclair, P., Gnepp, D., El-Naggar, A., (2005). *Tumors of the salivary glands: introduction. In: Barnes L, Evenson JW, Reichart P, Sidransky D. Pathology and genetic. Head and neck tumours. World Health Organization Classification of Tumors. Lyon. Ed. IARC Press; pp. 212-280.*

Foghsgaard, S., Foghsgaard, J., Homoe, P., (2007). *Early post-operative morbidity after superficial parotidectomy: a prospective study concerning pain and resumption of normal activity. Clinical Otolaryngology, Vol.32 (1): 54-57*

García, M. (2006). *Protocolos Clínicos de la Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial. Madrid España: Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial. pp 693-699.*

García, O., Quintana, A., Correa, A., Quintana, M., (2004). *Cirugía mayor ambulatoria de glándulas salivales. Revista Archivo Médico de Camagüey. Vol.8 (6):28-37.*

González, M., Linares, V., Rivera, S., Martínez, G., Murrieta, J., Sánchez, M., Morales, R. (2013). *Frecuencia de Tumores de Glándulas salivales: Estudio retrospectivo en un centro de diagnóstico histopatológico universitario (1979-2012). Revista Asociación Dental Mexicana, vol. 70(5):239-245.*

Hernando, M., Martín-Fragueiro, L., Eisenberga, G., Echarri, R., García-Pecesa, V., Urbasos, M., Plaza, G., (2009). *Tratamiento quirúrgico de los tumores de glándulas salivales. Acta Otorrinolaringológica Española. Vol.60 (5):340-5*

López, P., (2002). *Alteraciones de las Glándulas Salivales. Universidad de Murcia (1ª Edición) Barcelona España: Editum. Ediciones de la Universidad de Murcia. II Titulo.*

Montero, A., Hervás, A., Morera, R., Sancho, S., Córdoba, S., Corona, J. A., Rodríguez, I., Chajón, E., Ramos, A., (2005). *Control de síntomas crónicos: Efectos secundarios del tratamiento con Radioterapia y Quimioterapia. Oncología (Barcelona), 28(3): 41-50.*

Morales, P., Ceballos, S., Toro, R., Fanego, F., Segura, S., (2014). *Tumores benignos de las Glándulas salivares. Estudio descriptivo de 372 casos. Oral15 (47):1082-1085*

Oliva, J., Ramírez, J., Zaldívar, F., Hurtado, L., (2005). *Diagnóstico de neoplasias en glándula parótida: Características clínicas y biopsia por aspiración con aguja fina. Revista Cirujano General vol. 27(1):18-21*

Oliveira, A., Barroso, D., Teixeira, T., Abreu, M., Carvalho de AE, Alencar, R., Franco, V., (2009) Salivary gland tumor: a review of 599 cases in a Brazilian population. *Head and Neck Pathol*, 3: 271-275.

Organización Panamericana de la Salud (1995). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. 10ª Revisión. Washington, DC: OPS, vol.2: 554*

Ship, J., (2002). *Diagnosing, managing, and preventing salivary gland disorders. Oral Diseases Vol.8 (2):77-89*

Soames, J., Southam, J., (2005). *Oral Pathology. 4th Ed. Oxford University Press. Chapter 14.*

Spiro, R. (1986). *Salivary neoplasms: overview of a 35-year experience with 2,807 patients. Head Neck Surgery. Vol.8(3):177-184.*

Toranzo, J., Colunga, R., Amarillas, E., Mata, E., (2008). *Incidencia de tumores benignos y malignos de glándulas salivales mayores en el Hospital Central de San Luis Potosí. Revista Asociación Dental Mexicana, vol. LXV (6):291-295*