

Parotiditis aguda recurrente en el niño

Gonzalo Nazar M.¹, Fernando Iñiguez O.², Carolina Der M.¹,
Cecilia Méndez R.^{3,4}, Cristián García B.^{3,5}, José Arce V.⁶,
Víctor Díaz B.^{5,6}, Eduardo Talesnik G.³

Resumen

La parotiditis aguda recurrente (PAR) es una enfermedad de la infancia, caracterizada por episodios de inflamación parotídea asociada a sialectasia no obstructiva. El objetivo del presente trabajo es revisar nuestra experiencia en pacientes con PAR. Paciente y Método: Se estudiaron en forma retrospectiva las características clínicas, estudios de laboratorio e imágenes de 16 pacientes provenientes de un policlínico de inmunología-reumatología infantil. Resultados: La edad de inicio fue en promedio 3 años, 3 meses (rango: 6 meses a 8 años), con predominio de sexo masculino (56%). El 74% de los episodios fueron unilaterales, sin diferencias de lateralidad. Los síntomas más frecuentes fueron aumento de volumen parotídeo (100%), dolor local (42%) y fiebre (35%). Los exámenes de laboratorio resultaron dentro de rangos normales. En 7 pacientes se efectuó sialografía, la que demostró sialectasia punteada y globular. En 14 pacientes se efectuó ultrasonografía (US), la que demostró aumento de volumen parotídeo difuso, con múltiples imágenes nodulares hipoeocogénicas en el interior de la glándula comprometida. Conclusiones: El cuadro clínico en la mayoría de esta serie correspondió al aumento de volumen glandular unilateral, sin diferencias significativas por sexo, y con un amplio rango de edad. Si bien el rendimiento de ambos estudios imagenológicos fue similar en la PAR, se sugiere a la US como un examen más apropiado para su evaluación inicial.

(**Palabras clave:** parotiditis aguda recurrente, aspectos clínicos, ultrasonografía.)

Acute recurrent parotiditis in children

Acute recurrent parotiditis (ARP) is defined as a recurrent inflammation and non-obstructive sialectasis of the parotid gland. This study review our experience in 16 patients with ARP. The average age of onset was 3 years 3 months (range 6months to 8 years), 56% were boys and 74% of cases unilateral with no predominant side. The main symptoms were parotid swelling (100%), local tenderness (42%) and fever (35%). Laboratory tests were normal in all patients. Sialography was performed in 7, showing punctate and globular sialectasis in all cases. Parotid ultrasound was performed in 14 showing parotid swelling and nodular hypoechoic areas in all cases. Although both imaging techniques have a similar efficacy in ARP we suggest that ultrasound is a more appropriate test in the initial workup.

(**Key words:** acute recurrent parotiditis, clinical aspects, ultrasound.)

1. Médicos. Unidad Docente Asociada de Otorrinolaringología, Pontificia Universidad Católica de Chile.
2. Residente Becario. Departamento de Pediatría, Pontificia Universidad Católica de Chile.
3. Médico. Departamento de Pediatría, Pontificia Universidad Católica de Chile.
4. Médico. Servicio de Pediatría Hospital Dr. Sótero del Río.
5. Médico. Departamento de Radiología, Pontificia Universidad Católica de Chile.
6. Médico. Servicio de Radiología Clínica Santa María.

INTRODUCCIÓN

La parotiditis aguda recurrente (PAR) es una enfermedad benigna de la niñez, caracterizada por episodios recurrentes de aumento de volumen inflamatorio de una o ambas glándulas parótidas, lo cual puede acompañarse de dolor, fiebre y alteraciones salivales como sialorrea, a veces purulenta. Evoluciona habitualmente hacia la remisión espontánea, siendo excepcionales las recurrencias después de la pubertad¹.

Es una patología no infrecuente en pediatría y habitualmente poco conocida por los médicos pediatras, lo que lleva a errores en su diagnóstico y manejo.

Su etiología aún no ha sido establecida, y se han postulado diversas teorías que han intentado esclarecer la patogénesis de esta enfermedad. Entre ellas, han destacado la que plantea un origen inflamatorio exclusivo en las estructuras ductales², y aquella que postula que la dilatación ductal corresponde a una anomalía congénita³. Sin embargo, la teoría más aceptada, pero no demostrada, es que sería de causa multifactorial, siendo la sialectasia tanto causa como consecuencia de la parotiditis recurrente. De esta manera, sobre un sistema ductal con malformaciones parciales, las infecciones ascendentes producirían los episodios sintomáticos y consolidarían la alteración histopatológica⁴.

Estudios microbiológicos han revelado la presencia de *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus Viridans* y *Haemophilus influenzae* en la saliva de pacientes afectados por esta enfermedad⁵. Las glándulas comprometidas presentan sialectasia no obstructiva de los ductos distales. El estudio histopatológico muestra una dilatación ductal y cavidades quísticas rodeadas de un infiltrado linfocitario, acompañado de fragmentación del tejido conectivo intralobulillar⁶.

Dentro de los estudios de imágenes, la ultrasonografía (US) es de utilidad en el diagnóstico^{7, 8}. Es un método no invasivo que permite una excelente demostración de las glándulas salivales y se ha utilizado en forma creciente durante los últimos años⁷⁻⁹. En pacientes con PAR, este examen muestra en la etapa aguda un aumento de volumen parotídeo difuso, con disminución en la ecogenicidad de la glándula y múltiples imágenes nodulares hipoecogénicas en el pa-

rénquima, que probablemente representan sialectasias e infiltración linfocitaria^{7, 8}. Estas imágenes nodulares persisten, en su mayoría, una vez resuelto el episodio agudo y pueden presentar un aspecto similar a la parotiditis crónica o a la parotiditis observada en niños con SIDA⁸. La sialografía consiste en la inyección de medio de contraste a través del conducto de Stenon o Stensen, lo que permite opacificar los conductos de la glándula y puede mostrar sialectasias puntiformes y globulares como hallazgo más frecuente en estos pacientes^{10, 11}. Habitualmente estas lesiones se demuestran en la glándula afectada y, en forma más discreta, en la glándula contralateral.

El objetivo de este trabajo es revisar nuestra experiencia en pacientes con PAR, en especial respecto a sus características clínicas, estudio de laboratorio y hallazgos imagenológicos, tanto de US como sialografía.

PACIENTES Y MÉTODO

Se revisaron en forma retrospectiva las características clínicas, exámenes de laboratorio, estudios de imágenes, evolución clínica y tratamiento de 16 niños con diagnóstico clínico de PAR, estudiados en forma consecutiva entre los años 1990 y 1999 en el policlínico de inmunología-reumatología infantil del Centro Médico San Joaquín, de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Estos pacientes fueron en su mayoría derivados con el objeto de estudiar una eventual enfermedad reumatológica como causa de parotiditis recurrente.

Se incluyeron pacientes con episodios de PAR unilateral o bilateral, con períodos intercríticos asintomáticos. Se revisaron los hallazgos clínicos, las alteraciones ultrasonográficas (14 pacientes), los hallazgos de la sialografía (7 pacientes) y los exámenes de laboratorio, los que incluyeron exámenes generales, IgG, IgA, IgM, factor reumatoideo y anticuerpos antinucleares. Se excluyeron de esta revisión a aquellos pacientes con parotiditis crónica o persistente secundaria a enfermedades reumatológicas, así como también a aquellos con parotiditis secundaria a litiasis, tumores, quistes o malformaciones vasculares.

Los datos fueron analizados mediante estadísticas descriptivas; algunas variables se entrecruzaron, analizándose la significancia de la relación mediante test de Student o por coeficiente de correlación, según correspondiera. Se consideró como relación con significancia estadística a toda aquella cuyo valor *p* resultaba ser menor a 0,05.

RESULTADOS

La edad de inicio de la sintomatología parotídea fue en promedio 3 años 3 meses (rango: 6 meses a 8 años) y la enfermedad fue discretamente más frecuente en varones (56,25%). No se registraron antecedentes perinatales de importancia. En cuanto a los antecedentes familiares, estos fueron relevantes solo en un paciente (6%), el cual tenía historia de dos hermanos con PAR (tabla 1).

Los 16 pacientes presentaron un total de 96 episodios de inflamación parotídea aguda, con un promedio de 6 episodios de reagudización cada uno (rango: 2 a 13); se obtuvo información detallada de 54 de estos episodios (56%). El 74% de estos fue unila-

teral, sin demostrarse diferencias significativas en relación al lado afectado: 47% del lado derecho y 53% del lado izquierdo (tabla 1). La duración de los episodios de inflamación parotídea fue en promedio de 7 días, con un rango entre 1 y 21 días. El aumento de volumen parotídeo se presentó en todos los pacientes, en tanto que el 35% de los episodios de parotiditis fueron febriles y menos de la mitad de los pacientes (42%) refirió dolor significativo. El 13% de los episodios se acompañó de induración parotídea al examen físico, e igual porcentaje cursó con alteraciones salivales francas (saliva turbia o purulenta).

El período de observación y seguimiento de los pacientes fluctuó entre 2 y 120 meses (tabla 1). Durante este tiempo no se registraron complicaciones, como abscesos parotídeos, infecciones bacterianas en otras localizaciones o compromiso multisistémico. Ninguno de los pacientes presentó sintomatología de tipo reumatológico (artralgias, artritis, compromiso cutáneo, xerofthalmia o xerostomía) ni infecciones bacterianas recurrentes.

Los hallazgos de la US (14 pacientes) y de la sialografía (7 pacientes) fueron com-

Tabla 1

Características clínicas y ecografía parotídea en 16 pacientes con parotiditis aguda recurrente

Pte. N°	Edad Inicio	Sexo	Antec. Familiar PAR	N° total Episodios	Período Sintomat. (meses)	Lateralidad	Ultrasonografía	Mejora Post-Sialogr.
1	1 año 11 meses	F	No	13	15	Bilateral	Compatible	Si
2	4 años	F	No	4	46	Bilateral	Compatible	N/A**
3	4 años	M	No	3	2	Unilateral	Compatible	SI
4	4 años 11 meses	F	No	2	22	Bilateral	Compatible	N/A**
5	1 año	M	No	4	6	Unilateral	Compatible	N/A**
6	2 años 6 meses	M	No	11	120	Unilateral	Compatible	No
7	4 años	M	No	3	4	Unilateral	Compatible	N/A**
8	1 año 3 meses	M	No	6	68	Bilateral	No realizada	No
9	1 año 6 meses	F	No	4	12	Bilateral	Compatible	N/A**
10	4 años	M	No	4	60	Bilateral	Compatible	N/A**
11	8 años	M	No	4	24	Unilateral	Compatible	N/A**
12	3 años	F	No	4	23	Bilateral	Compatible	N/A**
13	5 años	F	No	7	72	Unilateral	Compatible	No
14	2 años 9 meses	F	No	11	30	Bilateral	Compatible	Si
15	6 meses	M	Si*	12	7	Bilateral	Compatible	N/A**
16	3 año 9 meses	M	No	4	13	Bilateral	No realizada	Si

* 2 hermanos de 14 y 15 años con PAR

** N/A: no aplicable, paciente no sometido a sialografía.

patibles con el diagnóstico de PAR en todos los pacientes. La US mostró en todos ellos un aumento de volumen parotídeo difuso, con disminución en la ecogenicidad de la glándula y múltiples imágenes nodulares hipoecogénicas de 2 a 4 mm de diámetro en su parénquima (figura 1). La sialografía mostró en todos los pacientes dilatación quística de los ductos distales, en forma de sialectasia punteada y globular, distribuidas en toda la glándula (figura 2). De los 7 pacientes sometidos a sialografía, 4 (57%) no presentaron nuevos episodios de parotiditis después del procedimiento, mientras que los 3 restantes (43%) continuaron recidivando.

Los exámenes de laboratorio (hemograma, velocidad de eritrosedimentación, C3, C4, e inmunoglobulinas séricas: IgG, IgA, IgM) fueron normales para la edad en todos los pacientes. Los exámenes reumatológicos (factor reumatoideo, anticuerpos antinucleares) fueron negativos en todos ellos.

Se tuvo información sobre el tratamiento indicado en 23 de los 54 episodios descritos de parotiditis aguda (42%). De estos 23 episodios, 14 (61%) fueron manejados con terapia antibiótica, 6 (26%) con antiinflamatorios no esteroidales (AINE), y 3 (13%) de

estos se manejaron solamente con medidas físicas. Los antimicrobianos más utilizados fueron: amoxicilina (4/14 episodios), cefalosporinas de primera generación (4/14 episodios) y flucloxacilina (3/14 episodios). La duración promedio del episodio agudo fue de 4 días en aquellos que recibieron antibióticos, y de 8,5 días en los que no lo hicieron. No hubo relación entre el uso de antibióticos y el número de recurrencias de parotiditis aguda.

Se observó una relación inversamente proporcional entre la edad de inicio de la enfermedad y el número de episodios de parotiditis, la cual no fue estadísticamente significativa ($r: -0,453/p:0,078$). No se encontró relación entre el sexo del paciente y la evolución del cuadro.

DISCUSIÓN

La PAR es una enfermedad benigna de la infancia, acerca de la cual se desconocen datos epidemiológicos. Se han reportado algunas series clínicas con bajo número de pacientes y escasos protocolos de carácter prospectivo. Su etiopatogenia no es

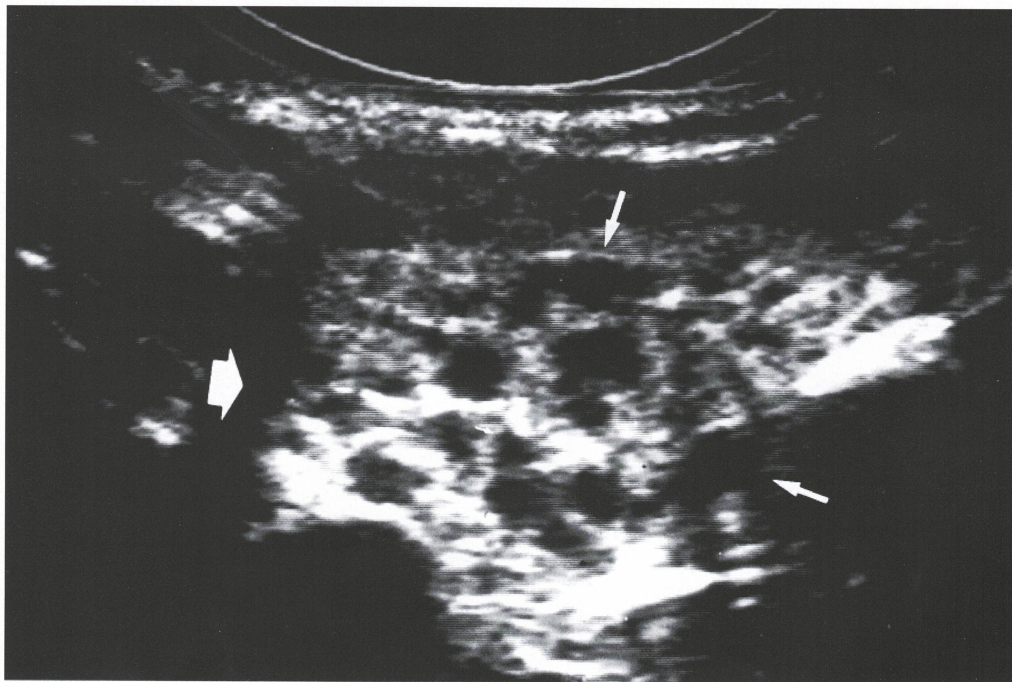


Figura 1: Parotiditis aguda recurrente. Ultrasonografía muestra la glándula parotídea afectada (cabeza de flecha), con múltiples imágenes nodulares hipoecogénicas en el parénquima (flechas).

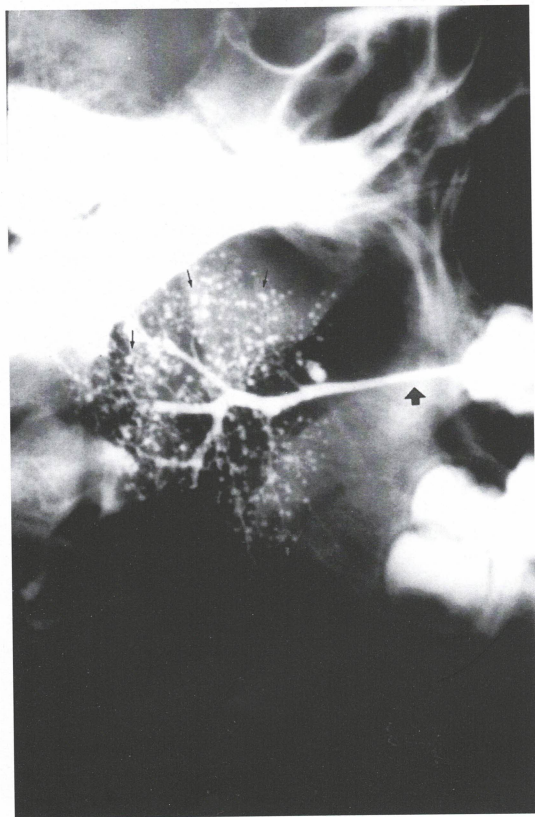


Figura 2: Parotiditis aguda recurrente. Sialografía parotídea muestra opacificación del conducto de Stenon (cabeza de flecha) y de las ramificaciones intraparenquimatosas. Hay dilatación quística de los ductos distales de la glándula, en forma de sialectasia punteada y globular (flechas pequeñas).

bien conocida y no se han establecido criterios de estudio ni de tratamiento en esta enfermedad.

El perfil clínico de nuestros pacientes con PAR es similar al reportado en la literatura¹², con ligero predominio del sexo masculino (56%) y debut en edad preescolar en el 75% de los casos. Los episodios de parotiditis fueron con mayor frecuencia unilaterales (74%) y el hallazgo de saliva purulenta fue infrecuente (13%). Los síntomas más destacados, en orden decreciente de frecuencia, fueron aumento de volumen parotídeo (100%), dolor local (42%) y fiebre (35%).

La historia familiar de parotiditis recurrente, que en nuestra casuística la presentaba solo un paciente, es un hecho que se ha reportado en otros estudios¹³ y permitiría postular algún factor hereditario en la patogénesis de algunos de estos pacientes.

La US y la sialografía mostraron alteraciones constantes en todos los pacientes y fueron fundamentales en el diagnóstico de esta enfermedad. Sin embargo, la US parece una mejor alternativa para iniciar el estudio de pacientes con parotiditis recurrente, considerando su menor costo y mayor disponibilidad. Además, por tratarse de un examen no invasivo, es mejor tolerado por los pacientes pediátricos en comparación con la sialografía. Considerando que en nuestra experiencia la US demostró hallazgos constantes y relativamente característicos de PAR en todos los casos estudiados, podemos recomendar esta técnica como método ideal en el estudio inicial de pacientes con sospecha clínica de PAR y reservar la sialografía para casos en que la US no es concluyente o en aquellos pacientes con una evolución clínica inhabitual. Debe considerarse que otras formas de parotiditis, como son la parotiditis crónica y la parotiditis asociada a SIDA, pueden presentar un aspecto similar a la US, por lo que la correlación con los antecedentes clínicos es fundamental.

Respecto del posible efecto terapéutico de la sialografía, reportado en publicaciones previas¹³, en nuestra pequeña serie, 4 de los 7 pacientes sometidos a este examen no presentaron nuevos episodios de parotiditis. Aún no ha sido dilucidado el mecanismo por el cual la instilación de medio de contraste en el sistema ductal parotídeo podría eventualmente prevenir nuevas recurrencias. Basados en un principio similar, algunos autores⁵ han planteado como terapia la realización de lavados glandulares periódicos con solución yodada, con buenos resultados.

Estudios microbiológicos han evidenciado una alta positividad (alrededor de 90%) en el cultivo de la saliva de pacientes con PAR⁵. Considerando lo anterior, podría justificarse el tratamiento antibiótico en los episodios de reagudización de la enfermedad, dependiendo fundamentalmente del cuadro clínico. La amoxicilina constituiría una opción adecuada, por su acción bactericida sobre algunos tipos de estreptococos (incluyendo *Streptococcus pneumoniae*) y sobre *Haemophilus influenzae*. Otras alternativas podrían ser el cefuroximo y la amoxicilina asociada a ácido clavulánico, teniendo en consideración una eventual resistencia bacteriana a penicilina. En nuestra serie, un tercio de los pacientes cursó con fiebre y solo un 13%, con sialorrea purulenta, de modo

que el uso de antibióticos se podría reservar para aquellos casos con evidencias clínicas de infección bacteriana. El uso de AINE sería recomendable para el alivio sintomático, como ocurrió en nuestros pacientes. Sin embargo, no se dispone de estudios en relación a la utilidad de estos fármacos en PAR.

La evolución clínica fue favorable en todos los pacientes y no hubo complicaciones o secuelas atribuibles a esta patología. El comienzo más temprano de la enfermedad se relacionó, en forma no significativa, a un mayor número de recurrencias, pero no determinó una evolución distinta a la de aquellos pacientes con un inicio más tardío de la enfermedad. La evolución de los pacientes de nuestra serie es comparable con la experiencia reportada por otros autores^{11, 14}.

Ninguno de los pacientes incorporados en este estudio presentó evidencias clínicas ni de laboratorio de patología reumatológica. Lo anterior es especialmente importante, considerando que la mayoría de estos pacientes fueron derivados con la expresa intención de descartar alguna enfermedad del tejido conectivo, en particular Síndrome de Sjögren, que puede presentarse con parotiditis crónica o persistente. Esta enfermedad, a diferencia de la PAR, es más frecuente en el sexo femenino (77%) y se ve en niños de mayor edad (promedio: 8 años). Habitualmente tiene un comienzo insidioso y lentamente progresivo, caracterizado por parotiditis crónica o persistente, artralgias, artritis, xerostomía (boca seca) y queratoconjuntivitis seca (ojos secos). Además, cursan con velocidad de sedimentación elevada, hiper-gamaglobulinemia, factor reumatoideo y anticuerpos antinucleares positivos^{15, 16}, lo que no se observó en ninguno de los pacientes de nuestra serie.

REFERENCIAS

1. Chitre VV, Premchandra DJ: Recurrent parotitis. Arch Dis Child 1997; 77: 359-63.
2. Patey DH, Thakray AC: Chronic "sialectatic" parotitis in the light of pathological studies on parotidectomy material. Br J Surg 1955; 43: 43-50.
3. Bailey H: Congenital parotid sialectasis. Journal of the International College of Surgeons 1945; 8: 109-114.
4. Kono A, Ito E: A study on the pathogenesis of recurrent parotitis in childhood. Ann Otol Rhinol Laryngol 1979; 88 (suppl 63): 1-20.
5. Giglio MS, Landaeta M, Pinto ME: Microbiology of recurrent parotitis. Pediatr Infect Dis J 1997; 16: 386-90.
6. Hemenway WG: Chronic punctate parotitis. Laryngoscope 1971; 4: 485-506.
7. Nosaki H, Harasawa A, Hara H, et al: Ultrasonographic features of recurrent parotitis in childhood. Pediatr Radiol 1994; 24: 98-100.
8. García CJ, Flores PA, Arce JD, Chuaqui B, Schwartz DS: Ultrasonography in the study of salivary gland lesions in children. Pediatr Radiol 1998; 28: 418-25.
9. Rubaltelli L, Sponga T, Candiani F, et al: Infantile recurrent sialectatic parotitis. Br J Radiol 1987; 60: 1211-14.
10. Kaban LB, Mulliken JB, Murria JE: Sialadenitis in childhood. Am J Surg 1978; 135: 332-5.
11. Ericson S, Zetterlund B, Oman J: Recurrent parotitis and sialectasis in childhood: clinical, radiological, immunological and histological study. Ann Otol Laryngol 1992; 100: 527-31.
12. Cohen HA, Gross S, Nussinovitch M, Frydman M, Varsano I: Recurrent parotitis. Arch Dis Child 1992; 67: 1036-7.
13. Rubaltelli L, Sponga T, Candiani F, Pittarello F, Andretta M: Infantile recurrent sialectatic parotitis: the role of sonography and sialography in diagnosis and follow-up. Br J Radiol 1987; 60: 1211-4.
14. Watkin GT, Hobsley M: Natural history of patients with recurrent parotitis and punctate sialectasis. Br J Surg 1986; 73: 745-8.
15. Bartunkova D, Sediva A, Vencovvsky J, Tesar V: Primary Sjögren syndrome in children and adolescents: proposal for diagnosis criteria. Clin Exp Rheumatol 1999; 17: 381-6.
16. Chudwin D, Daniels T, Wara D, et al: Spectrum of Sjögren syndrome in children. J Pediatr 1981; 98: 213-7.