

---

# Tumefacción parotídea recurrente

PAOLA VIOLA\*, ARIEL ALMADA\*\*, LILIANA SABBAJ\*\*\*

---

## CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino, de 6 años y 4 meses de edad, que concurre al consultorio para evaluación de tumefacción de glándula parótida izquierda de 72 hs de evolución, afebril.

## ANTECEDENTES PERSONALES

Se trata de una niña nacida a término, de peso adecuado para la edad gestacional, con vacunación completa constatada en el carnet de vacunación. Como único antecedente de relevancia refiere haber presentado tumefacción de glándula parótida en dos oportunidades, siempre unilateral y afebril. El primer episodio lo presentó a los 5 años y 8 meses de edad y el segundo a los 6 años. Ambos con las mismas características clínicas: tumefacción parotídea unilateral, levemente dolorosa, sin fiebre ni signos de toxoinfección, de una duración aproximada de 4-6 días y de resolución espontánea. En la segunda oportunidad se le realizó ecografía de glándula parótida que evidenciaba: tamaño glandular conservado, algunas imágenes hipoecogénicas, sin signos de litiasis.

## ANTECEDENTES FAMILIARES

Su madre de 30 años, sana, refiere episodios de parotiditis recurrente durante su

niñez y adolescencia de características similares, algunas veces supurativas, los cuales remitieron de forma espontánea hacia los 20 años aproximadamente.

## EXAMEN FÍSICO

Paciente en buen estado general, afebril, con tumefacción unilateral en la región parotídea con leve dolor a la palpación y espontáneo, sin signos de flogosis, de consistencia dura elástica, fija, de 3 cm por 3 cm aproximadamente. Fauces levemente eritematosas, húmedas, no visualizándose hipertrofia del conducto de Stenon, piel seca, con elasticidad y turgencia conservadas. Resto del examen físico dentro de la normalidad.

## EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

- **Ecografía de glándula parótida bilateral:** Parótida izquierda aumentada de tamaño, con parénquima glandular heterogéneo, con áreas hipoecogénicas. Parótida derecha con características ecográficas normales. (*Figuras 1 y 2*)
- **Serología para HIV, CMV Y VEB:** negativos.
- **Anticuerpos ANA, FR:** negativos.

Teniendo en cuenta los datos obtenidos se descartan:

- Cuadros infecciosos agudos.
- Alteraciones inmunológicas y autoinmunes.
- Tumores y litiasis.

## DIAGNÓSTICO

Parotiditis recurrente juvenil. La paciente continúa en seguimiento clínico, que es lo que confirma el diagnóstico.

---

\* Médica pediatra Consultorios Externos.

\*\* Ex jefe de residentes.

\*\*\* Jefa de Consultorios Externos.

Consultorios Externos de Clínica Pediátrica.

Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez".

paolaviola4@hotmail.com

## PAROTIDITIS RECURRENTE JUVENIL

### Definición

La parotiditis recurrente juvenil (PRJ) se define como la inflamación parotídea repetitiva, habitualmente no supurativa y asociada a sialectasias o dilataciones no obstructivas en los conductos glandulares.<sup>1,2</sup>

Clínicamente se manifiesta con aumento del volumen, edema y dolor de la glándula parótida en general unilateral, con exacerbaciones que pueden ser bilaterales. Puede acompañarse de fiebre y malestar general leve.<sup>1,2,3</sup> Su etiología aún es controvertida.<sup>4,5,6</sup>

### Epidemiología

Si bien es la segunda causa de enfermedad de las glándulas salivares en pediatría, es una patología poco frecuente que afecta especialmente a niños y adolescentes y rara vez adultos.<sup>1</sup> Su incidencia no es clara. El 90% de los niños afectados presenta remisión espontánea pasada la pubertad.<sup>1,3</sup>

### Etiología

A pesar de las controversias que se plantean respecto de la etiología, actualmente se considera que es multifactorial, siendo las sialectasias causa y consecuencia de la parotiditis recurrente. A ello se agregan una combinación de factores, tales como:

- Disminución del flujo de saliva (evidente aún en la glándula contralateral sana en los casos de parotiditis unilateral), que asociado a deshidratación o estados de debilidad, produce la inflamación del epitelio ductal con posterior metaplasia y alteración del epitelio y excesiva excreción de moco.<sup>7</sup>
- Malformación congénita de conductos salivales (no constatada por todos los autores).<sup>8</sup>
- Antecedentes de infecciones de la boca (*S. pneumoniae*, *S. viridans*, *H. influenzae*, etc.).<sup>9</sup>
- Una forma familiar con herencia autosómica dominante.<sup>10</sup>
- Malaoclusión: que produciría un desbalance de los músculos masticatorios.<sup>11</sup>

### Clínica

Usualmente el primer episodio se produce entre los 3 y los 6 años (rango 3 meses a 16 años). Se describió un ligero predominio en varones variable entre un 54 al 72%, no constatado en todas las revisiones.<sup>8</sup> El compromi-

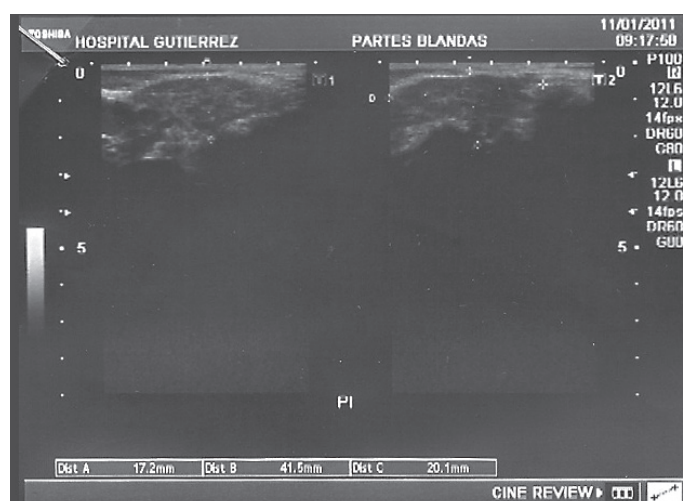
so glandular suele ser unilateral, y cuando es bilateral, lo es con predominio en una de las glándulas. Se manifiesta con tumefacción en la región parotídea, dolor durante la masticación y enrojecimiento local, en general sin evidencia de secreción purulenta por el conducto de Stenon. Ocasionalmente los paciente pueden presentar fiebre y malestar general leve. Cada episodio dura entre 4 y 7 días (rango 2-14 días) y se presentan 3 a 4 recurrencias por año. En la mayoría de los casos resuelve luego de la pubertad.<sup>1,2,3</sup> La resolución espontánea se explica por dos teorías: la atrofia total de la glándula posterior a las recurrencias o regeneración de la misma a partir del sistema ductal remanente.<sup>7</sup> El diagnóstico es clínico basado en la presentación clínica, la recurrencia y la resolución espontánea.

## ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

### Ecografía

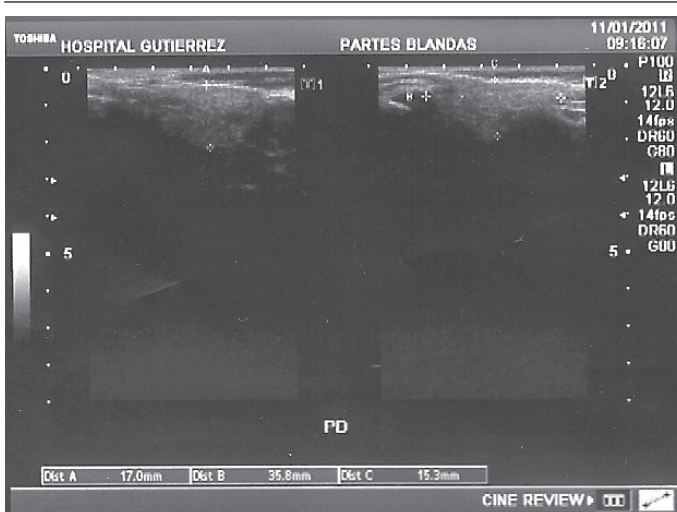
Es útil en el abordaje inicial, por ser un método no invasivo, de bajo costo, alta disponibilidad y aceptable sensibilidad para hacer diagnóstico diferencial de abscesos y lesiones tumorales.<sup>4</sup> La imagen ecográfica de la glándula parótida sana se describe como un piqueteado fino, homogéneo y regular con ganglios linfáticos en su interior. En los casos de PRJ suele mostrar la glándula parótida aumentada de tamaño, con parénquima heterogéneo, áreas hiperecogénicas que se corresponderían a las zonas de fibrosis pro-

**Figura 1. Ecografía de parótida izquierda compatible con PRJ**



ducto de los repetidos episodios agudos y áreas hipoecogénicas que se corresponden con las sialectasias.<sup>12,13</sup> (ver Figuras 1 y 2). En los casos de parotiditis urliana se evidencia una glándula aumentada de tamaño pero homogénea.<sup>12</sup> Esta técnica permite tanto el diagnóstico como el seguimiento de los pacientes, al evidenciar la regresión de los cambios ecográficos al llegar a la pubertad.<sup>14,15</sup>

**Figura 2. Ecografía de parótida derecha de características normales**



**Figura 3. Diagnóstico clínico**



### Sialografía

Es un estudio de 2ª línea por los problemas técnicos que presenta para su realización y la leve morbilidad asociada a la canulación del conducto de Stenon.<sup>4,16</sup> La imagen sialográfica muestra en detalle la morfología ductal, pudiendo visualizarse áreas dilatadas alternando con sectores estrechos y acodamientos en el conducto principal (imágenes de árbol en fruto o árbol podado). El tamaño de las sialectasias nos indica el grado de daño glandular.<sup>2</sup>

- Indicaciones:
  - Pacientes con cuadro compatible y ecografía normal.
  - Sospecha de etiología obstructiva (por litiasis evidenciada por ecografía).
  - Con fines terapéuticos (se detalla luego).

### Otros métodos: no utilizados de rutina

- Indicaciones:
  - Masas parotídeas.
  - Estudio del lóbulo parotídeo profundo.
  - Trabajo de investigación.<sup>4</sup>

**Sialografía por resonancia magnética nuclear (RMN):** examen no invasivo que brinda gran detalle anatómico.

**Sialografía por sustracción digital:** pese a tener la necesidad de canalización del conducto parotídeo, ofrece mayor resolución del árbol ductal distal, por lo que podría llegar a desplazar a la sialografía convencional.

**Rmn simple y contrastada y la tomografía axial computada (TAC)<sup>17</sup>**

**Biopsia por aspiración con aguja fina (BACAF):** poco valor en el diagnóstico de esta enfermedad por sus hallazgos histopatológicos inespecíficos.

**Gammagrafía de glándulas salivales:** útil para evaluar enfermedades obstructivas crónicas y el síndrome de Sjögren.<sup>18</sup>

### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- **Infecciones virales:** En la mayoría de los casos se acompañan de síntomas inespecíficos: fiebre, malestar general, cefaleas, mialgias y anorexia. Los virus involucrados más frecuentemente son el de la fiebre ur-

liana, E. Barr y otros: (coxsakie, influenza, CMV, etc.) los cuales se diagnostican por métodos serológicos.

- **Parotiditis aguda bacteriana:** entidad poco frecuente en pediatría. Usualmente asociada a fiebre alta, signos de toxicidad sistémicos y sialorrea purulenta. El agente etiológico más frecuente es *S. aureus*.
- **Inmunodeficiencias:** Los pacientes con HIV pueden presentar quistes o linfomas, por lo que habitualmente se presentan con parotiditis persistente más que recurrente. Los pacientes con déficit de Ig A, IgG3 e hipogamaglobulinemia pueden presentar infecciones recurrentes en la glándula.<sup>10,17,19</sup>
- **Enfermedades autoinmunes:** El síndrome Sjögren es una patología crónica, caracterizada por el infiltrado de células linfomonocitarias y atrofia acinar de las glándulas exocrinas que producen una disminución o ausencia de las secreciones glandulares y sequedad de piel y mucosas por disminución de la secreción lagrimal y de las glándulas salivares. Se presenta con mayor frecuencia en las mujeres. Cuanto mayor es la edad de presentación de una PRJ, existen más probabilidades de diagnóstico de esta entidad subyacente. Se diagnostica realizando dosaje de anticuerpos antiinucleares y factor reumatoideo. Si estos estudios dan positivos, se completará el laboratorio reumatológico.
- **Linfoma y otros tumores tales como el adenoma pleomorfo y el tumor de Whartin:** se manifiestan como una masa, que puede comprometer al nervio facial. Se visualizan fácilmente en la ecografía y requieren de tomografía, resonancia y eventual BACAF para su diagnóstico.
- **Sialadenosis:** Es el aumento del volumen glandular no inflamatorio asociado a patologías que producen malnutrición (celiaquía, anorexia, bulimia, beri beri, pelagra, diabetes, cirrosis, etc.)
- **Neumoparotiditis:** (por inflar globos) evidenciable por radiografía simple.
- **Enfermedad de Mikulicz:** lesión linfoepitelial benigna.
- **Sialolitiasis:** muy rara en pediatría.

## TRATAMIENTO

El tratamiento es sintomático ya que aproximadamente un 95% se resuelve luego de la adolescencia. Dadas las controver-

sias que aún existen sobre la etiología de esta entidad, es esperable que el tratamiento de la misma también sea controvertido. Algunos autores, desde los trabajos de Chitre<sup>7</sup> en 1997 apoyan el uso de antibióticos. El *Streptococo viridans* es el agente causal mayormente mencionado aunque se trata de un comensal habitual de la flora de la cavidad oral y con baja patogenicidad. También han sido implicados *Haemphilus influenzae* y *Streptococo pneumoniae*,<sup>8,9</sup> sin embargo la evidencia es pobre al evaluar los agentes bacterianos involucrados y principalmente, no hay estudios que comparen la evolución con y sin antibióticos avalando su eficacia.<sup>10</sup>

## TRATAMIENTO

- Sintomático
  - Analgésicos.
  - Medios físicos locales: sialogogos (cítricos, ácidos), abundante ingesta de líquidos, calor local y masaje.
- Antibióticos: (penicilina / amoxicilina – ácidos clavulánico) Algunos autores sostienen que deberían indicarse en pacientes con sialorrea purulenta y fiebre elevada<sup>5</sup> y aquellos que presentan complicaciones: abscesos o celulitis.<sup>10</sup>
  - Excepcionalmente y sólo en los casos recurrentes severos (más de cinco casos severos por año) se debe recurrir a técnicas más complejas o invasivas.
- **Sialografía y lavado ductal endoscópico con soluciones iodadas.** Lograría evitar recidivas. Distintos estudios revelan que en el seguimiento posterior de los pacientes se evidencia la formación de conductos secundarios y terciarios en un 53% de los casos, logrando la remisión de los síntomas antes de llegar a la pubertad.<sup>7</sup> Puede repetirse en caso de recidivas posteriores.<sup>16</sup>
- **Terapia de irrigación** (con mercurio, tetraciclina y violeta de genciana). Producen esclerosamiento del sistema ductal, con alta tasa de efectividad clínica, bajos efectos colaterales y bajo costo. El potencial efecto carcinogénico de las sustancias utilizadas limita su uso en la actualidad y por lo tanto, su recomendación debe apoyarse en próximos estudios.
- **Sialoendoscopia.** Estaría reservada para pacientes con 2 o más episodios en 6 meses. Para su realización requiere anes-

tesia general, lo que limita su uso. La exploración dilata los conductos, retira bridas y tapones mucosos y permite la aplicación de stent intraluminales para evitar reestenosis. Se utiliza dilatación por balones o infusión de solución salina a alta presión. Su efectividad según algunos reportes se encuentra alrededor del 89- 94%. No existen estudios a largo plazo para evaluar la evolución de la glándula después de estos tratamientos.<sup>20,21,22</sup>

- **Quirúrgico.** Indicado sólo en pacientes con patología muy severa que no responden a tratamientos previos: ligadura del conducto de Stenon, neuronectomía y parotidectomía.

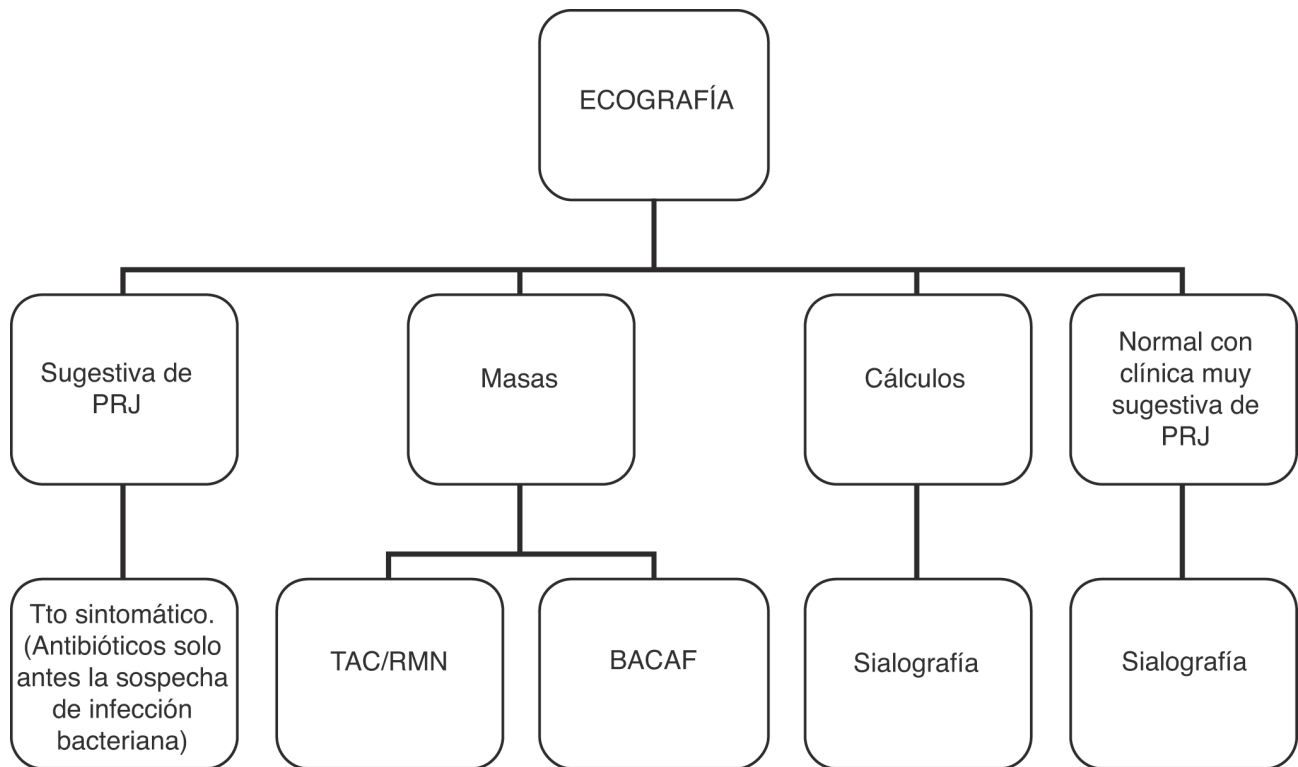
**RECOMENDACIÓN**

Teniendo en cuenta la bibliografía consultada, ante un paciente con episodios recurrentes de tumefacción parotídea se debería realizar una ecografía.

Si la imagen es sugestiva de PRJ se realizará tratamiento sintomático con analgésicos y sialagogos. Los antibióticos se reservarán para casos complicados a la espera de más estudios que avalen su eficacia.

Un número muy bajo de pacientes con cuadros muy severos o muy recurrentes se derivarán al especialista para otros tratamientos.

**Figura 4. Síntesis diagnóstica ante un paciente con tumefacción parotídea repetida**



**PAROTIDITIS RECURRENTE JUVENIL**

- Inicio: 3 a 6 años
- Generalmente unilateral
- Tumefacción parotídea, dolor y fiebre leves
- Duración: 4-7 días
- Recurrencias: 3 o 4 por año.
- Remisión espontánea cerca de la pubertad.

Si el paciente presenta signos clínicos de infección se pueden realizar serologías virales.

Si presenta múltiples recurrencias o datos al examen físico que sugieran otra patología se realizaran dosaje de Ig, FR y ANA, HIV, etc., en busca de otras entidades.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Nahlieli O, Shacham R, Shlesinger M, Eliav E. Juvenile recurrent parotitis: A new method of diagnosis and treatment. *Pediatrics* 2004;114:9-12. DOI: 10.1542/peds.114.1.9.
2. Concheiro Guisán A, Bellver Castañón A, Garrido Romero R, et al. Parotiditis crónica recurrente juvenil. *An Esp Pediatr* 2000; (53):418-421.
3. Ortiz Gordillo E. Parotiditis aguda y recurrente. *Pediatr Integral* 2006; X(2):141-146.
4. Ramírez Osorio J, Peña Valenzuela A. Enfoque y tratamiento actual de la parotiditis recurrente. Revisión sistemática de la literatura. *Acta de Otorrinolaringología & Cirugía de Cabeza y Cuello* 2010; (38):39-44.
5. Nazar G, Iñiguez F, Der C, et al. Parotiditis aguda recurrente en el niño. *Rev. Chil pediatr.* 2001; (72) Doi: 10.4067.
6. Valcárcel Llerandi J, Marsán Suárez V, Fernández González M. Caracterización clínica de la parotiditis recurrente en niños. Hospital Pediátrico Docente William Soler. *Revista Habanera de Ciencias Médicas.* 2011; (10): 19-26 disponible en <http://scielo.sld.cu>.
7. Chitre V V, Premchandra DJ. Recurrent Parotiditis. *Arch Disease Child.* 1997; (77):359-363.
8. Landaeta M, Giglio MS, Ulloa MT, et al. Aspectos clínicos, etiología microbiana y manejo terapéutico de la parotiditis crónica recurrente infantil. *Rev Chil Pediatr* 2003; (74):269-276. DOI: 10.4067/s0370-41062003000300004.
9. Giglio M, Landaeta M, Pinto ME. Microbiology of recurrent parotitis. *Ped Infectious Dis J* 1997; (16):386-390.
10. Leerdam C, Martin H, Isaacs D. Recurrent parotitis of childhood. *J Paediat Child Health* 2005;(41):631-634.
11. Bernkopf E, Colleselli P, Broia V. Is recurrent parotitis in childhood still an enigma? A pilot experience. *Acta Paediatr* 2008; (97):478-82.
12. Sperperato MC, Gatto L. Parotiditis urliana y recurrente: diagnóstico diferencial por ecografía. *Rev Arg de Ultrasonido* 2007;(6):20-22.
13. Rodríguez Casas A, González Geell A, Daie Moreno V. Correlación de Imágenes ecográficas y Sialográficas en Parotiditis Crónica Recurrente Inespecífica. *Revista Dental de Chile* 2008; (99): 9-11.
14. Miziara I, Sousa Campelo V. Infantile recurrent parotitis: follow up study of five cases and literature review. *Rev Bras Otorrinolaringol* 2005; (71): 570-575.
15. Encina S, Ernst P, Villanueva J et al. Ultrasonography: a complement to sialography in recurrent chronic childhood parotitis. *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 1996; (97):258-63.
16. Katz Ph. Treatment of Juvenile Recurrent Parotitis. *Otolaryngol Clin N Am* 2009; (42):087-1091.
17. Huisman TA, Holzmann D, Nadal D. MRI of Chronic Recurrent Parotitis in Childhood 2001. *J Comput Assist Tomogr* 2001 Mar-Apr; 25(2): 269-273.
18. Fierro Zorrilla TM, Silva Oropeza R. Auxiliares de diagnóstico para alteraciones de glándulas salivales. *Revista Mexicana de Cirugía Bucal y Maxilofacial* 2010;6 (3): 88-9.
19. Marsman W. Recurrent parotitis and isolated Ig3 subclass deficiency. *European journal of pediatrics.* 1999; (158):684. Doi: 10.1007/s004310051177.
20. Quenin S, Plouin-Gaudon I, Marchal F, et al. Juvenile recurrent parotitis. Sialendoscopic approach. *Arch otolaryngol head neck surg* 2008; (134). Disponible en [www.archoto.com](http://www.archoto.com)
21. Motamed M. Management of chronic parotitis: a review. *J Laryngol Otol.* 2003 Jul; 117 (7): 521-526.
22. Ardekian L. Chronic obstructive parotitis due to strictures of Stenson's duct—our treatment experience with sialoendoscopy. *J Oral Maxillofac Surg.* 2010 Jan; 68(1): 83-87.