

# Parotiditis crónica recurrente juvenil

A. Concheiro Guisán, E. Bellver Castañón, R. Garrido Romero  
y S. García-Tornel Florensa

Servicio de Pediatría. Unidad Integrada Hospital Clínico-Hospital Sant Joan de Déu. Universidad de Barcelona.

(*An Esp Pediatr* 2000; 53: 418-421)

## Objetivos

La parotiditis crónica recurrente es una entidad infrecuente en pediatría y con un mecanismo etiopatogénico aún no aclarado.

## Métodos

Se presenta una revisión de 30 casos estudiados en el hospital de Sant Joan de Déu en los últimos 4 años. Se presenta el protocolo de actuación seguido ante esta enfermedad y los datos epidemiológicos más destacados, así como las pruebas diagnósticas realizadas, los tratamientos seguidos y evolución posterior.

## Resultados

La edad media de presentación en los pacientes fue de 6 años de edad. Lo más frecuente fue un número de tres a cuatro episodios por año. En la exploración, la supuración a través del conducto de Stenon constituye un hallazgo infrecuente, y son el dolor y la fiebre los datos clínicos más habituales. El curso medio de los episodios fue de una semana.

## Conclusiones

Los datos epidemiológicos coinciden en gran parte con lo revisado en otras series. El diagnóstico se estableció a partir de la sialografía con un buen curso posterior en la evolución, lo cual podría relacionarse con un cierto efecto terapéutico de la prueba. La ecografía ha demostrado también su utilidad y podría plantearse como primera exploración por su inocuidad.

## Palabras clave:

*Parotiditis recurrente. Niños. Sialografía. Ecografía.*

## CHRONIC RECURRENT PAROTITIS IN CHILDHOOD

### Introduction

Chronic recurrent parotitis is an uncommon disease in childhood. Its cause remains unknown.

### Methods

Retrospective study of 30 patients with recurrent parotitis followed-up at our hospital during the last 4 years. Gui-

delines for the management of this disease, as well as the main epidemiological data, diagnostic tests performed, treatments given and outcome, are presented.

## Results

Mean age at onset of symptoms was 6 years. The most common pattern was 3-4 attacks per year. The most common clinical features were pyrexia and painful swelling. Pus (through Stensen's duct) was absent in most patients. Mean duration of each episode was 1 week. Conclusion: The epidemiological data were similar to those found by other authors. In all cases, diagnosis was made by sialography, a technique that may itself resolve symptoms. Ultrasonography is also useful and, because it is innocuous, it could be a first step investigation.

## Key words:

*Recurrent parotitis. Childhood. Sialography. Ultrasonography.*

## INTRODUCCIÓN

La parotiditis crónica recurrente o recidivante juvenil es un proceso poco frecuente en la edad infantil. Se define como la inflamación recurrente de la glándula parótida, unilateral o bilateral, con dos o más episodios inflamatorios separados por intervalos de tiempo asintomáticos, con sialografía característica (por lo general asociada a sialectasias no obstructivas) y sin enfermedad sistémica acompañante. Su etiología está en discusión pero se postulan mecanismos etiopatogénicos diferentes a los de los adultos en los que el fenómeno autoinmune desempeña un papel importante.

Parece relacionarse con una disminución del flujo salival que condiciona cambios displásicos en la glándula que la predisponen a la inflamación recidivante. Pueden relacionarse asimismo infecciones en ascenso del área otorrinolaringológica, fenómenos alérgicos y déficit de la inmunidad<sup>1</sup>.

No parece asociarse a un fenómeno obstructivo, a pesar de la imagen de sialectasias; la litiasis del conducto,

**Correspondencia:** Dr. A. Concheiro Guisán. Torrent de L'Olla, 42-44, 3.º 3.ª 08012 Barcelona.

Recibido en febrero de 2000.

Aceptado para su publicación en julio de 2000.

aún más infrecuente, debe plantearse como diagnóstico diferencial.

La resolución de los episodios se produce en el 90% de los casos antes de la pubertad.

El principal diagnóstico diferencial debe efectuarse con la parotiditis epidémica y bacteriana, la litiasis del conducto de Stenon, los tumores de la glándula, diversas enfermedades sistémicas (síndrome de Heerfordt, el síndrome de Mikulicz y el síndrome de Sjögren de etiología autoinmune y entidad que hay que valorar en las pacientes adolescentes y que es común en los adultos con enfermedades de parótida)<sup>2,3</sup>. También se incluyen en el diagnóstico diferencial otros procesos como la infección por virus de la inmunodeficiencia humana que puede iniciarse con una hipertrofia parotídea bilateral<sup>4</sup>, y la fibrosis quística, la diabetes mellitus y la malnutrición que igualmente pueden evolucionar con hipertrofia glandular.

En la actualidad, el diagnóstico se basa en la sintomatología y los hallazgos sialográficos. Se observa una dilatación del sistema acinar con sialectasias en forma de "árbol con frutos" de 1-2 mm. La afectación del sistema ductal resulta menos frecuente, en ésta se obtiene la imagen de "árbol podado" con dilataciones de menos de 1 mm de tamaño<sup>5</sup>. Últimamente se ha sostenido el empleo de la ecografía como técnica de diagnóstico; las imágenes de la ecografía indicativas de parotiditis crónica son pequeñas nodularidades hipoeoicas que se corresponden con las sialectasias de la sialografía.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se incluyen en el estudio 30 pacientes seguidos en la Unidad de Consultorios del Servicio de Pediatría del Hospital Sant Joan de Déu entre 1995-1999.

Como criterios de inclusión se consideraron todos los niños entre 0 y 18 años visitados en el servicio con el diagnóstico de parotiditis crónica recidivante. En la unidad existe un protocolo establecido para el diagnóstico y tratamiento de estos trastornos. Los pacientes habían sido derivados a esta unidad desde el servicio de urgencias o desde los servicios de atención primaria. Además de practicar al paciente una anamnesis completa y una exploración física detallada se han determinado una serie de pruebas complementarias en dicho protocolo que por tanto se solicitaron en la mayor parte de los pacientes revisados (tabla 1).

En cada caso se valoraron la edad de inicio de la sintomatología y años de evolución de ésta, el número de episodios de parotiditis presentados previo a la consulta médica y la frecuencia de los mismos tras iniciarse el seguimiento. Se clasificó la afectación de unilateral o bilateral especificando qué glándula se encontraba afectada en los de presentación unilateral. Se describieron los síntomas y signos principales y la duración de los episo-

dios, y se estudiaron las pruebas complementarias realizadas y su correlación con las manifestaciones clínicas. Igualmente, se valoraron los resultados de otros estudios complementarios realizados, los tratamientos establecidos y la evolución presentada.

## RESULTADOS

Se observó un discreto predominio en las mujeres (18 casos, 60%) frente a 12 casos en los varones (40%). La edad de aparición de los síntomas se encuentra en un amplio rango entre los 2 y los 14 años con una edad media de 6,2 años y una mediana de 6 años. En el 40% de los casos los síntomas se iniciaron entre los 5 y los 7 años. La media de evolución del proceso antes de la consulta fue de 2 años con un rango que oscilaba entre menos de 1 año y 8 años, siendo lo más frecuente 1 o 2 años de evolución. El número medio de episodios previos en el momento de la consulta médica fue de 5 episodios (límites, 1 y 15 episodios); el 40% de los casos presentaron entre 3 y 5 episodios. De este modo se obtiene una frecuencia variable en la sucesión temporal de los síntomas que osciló entre un episodio por semana y dos episodios anuales. Lo más frecuente (57% de los casos) resultó ser un episodio cada 3 o 4 meses. La forma habitual de presentación clínica era una tumoración situada detrás del borde posterior de la rama ascendente del maxilar, por debajo y por delante del pabellón auricular y que podía ser unilateral o bilateral sin que existiera un predominio de ninguna de las dos presentaciones; así, se presentaron como unilaterales 16 casos (53%) frente a 14 casos (47%) de presentación bilateral. Cuando la afectación fue unilateral, la glándula izquierda estuvo afectada en un mayor número de casos (11 casos, 68%). Los síntomas y signos que se han encontrado con más frecuencia asociados a la tumoración fueron el dolor local, en particular manifiesto con la ingesta (53%)

TABLA 1. Exploraciones complementarias en el protocolo de la parotiditis recurrente juvenil

Análítica sanguínea con hemograma, proteína C reactiva, velocidad de sedimentación globular, equilibrio acidobásico, ionograma, glucemia, inmunoglobulinas, amilasa y serologías víricas (CMV, VIH, EB), marcadores de celiaquía*
Test del sudor
Prueba de Mantoux
Radiología de tórax
Ecografía y sialografía parotídea
Estudio de autoanticuerpos (síndrome Sjögren) en mayores de 5 años

\*Las infecciones por citomegalovirus (CMV) o el virus de Epstein-Barr pueden producir cuadros adenopáticos que podrían confundirse con una inflamación parotídea.

En la enfermedad celíaca existe una hipertrofia de las glándulas parótidas relacionada con la malnutrición.

y fiebre o febrícula (53%). Existía también un porcentaje de casos (7 casos, 23%) que presentaron únicamente una tumoración asintomática. La supuración a través del conducto de Stenon es un signo que sólo se ha encontrado de forma ocasional (13% casos), y dicha secreción se cultivó mostrando una flora mixta de cocos grampositivos en todos los casos. La sintomatología se desarrolla en estos niños durante una media de 4-5 días, pero se ha encontrado un intervalo de tiempo de duración desde menos de 24 horas hasta 2 semanas.

Para establecer el diagnóstico se ha efectuado en todos los casos el estudio sialográfico. No se ha observado una correlación exacta entre los hallazgos de la sialografía y las manifestaciones clínicas; así, en 2 pacientes de los que presentaban sintomatología unilateral la imagen sialográfica fue de afectación bilateral y en 5 pacientes con afectación clínica bilateral la imagen fue indicativa de parotiditis crónica en una sola glándula. La sialografía resultó normal en 3 casos ninguno de los cuales era paucisintomático, estos 3 casos mostraron afectación clínica bilateral.

En 11 casos (36%) el estudio se completó con la realización de una ecografía de la glándula parótida y sus hallazgos se correlacionaron con los de la sialografía. Así, la ecografía resultó patológica en 8 casos (72%), todos ellos con sialografía patológica, y la ecografía negativa en 3 casos, dos de ellos con sialografía alterada. De los 3 casos con sialografía normal sólo se realizó ecografía en 1 caso que fue también normal. La sensibilidad de la ecografía en nuestro estudio fue de un 72% frente a un 90% de sensibilidad de la sialografía (sin significación estadística). Se realizó tomografía axial computarizada en 4 casos sin aportar ninguna información relevante a los datos de la sialografía.

De entre los otros estudios complementarios realizados destacaron: elevación de la inmunoglobulina (IgE) en 2 casos y valor disminuido de IgA en otro caso.

En relación al tratamiento, el antibiótico se indicó en 7 casos (23%) para ser administrado durante el brote agudo. En ningún caso se pautó como profilaxis. El antibiótico más recomendado fue en la mayoría de los casos amoxicilina asociada a ácido clavulánico. En general se preconizó el uso de antiinflamatorios en el brote y sialogogos de empleo habitual. En algún caso se recomendaron otras medidas (lisocima, antihistamínicos).

En los meses posteriores del seguimiento clínico, la evolución a corto plazo fue favorable con disminución en el número de episodios en un 90% de los casos de los que presentaron un seguimiento regular con al menos dos visitas de control posterior, hallazgo éste estadísticamente significativo (test de igualdad de medias *t* de Student, *U* de Mann-Whitney,  $p < 0,025$ ). El tiempo de seguimiento de los pacientes fue de 1 a 4 años. Sin embargo, no existe todavía suficiente seguimiento a largo plazo de los pacientes para valorar la evolución.

## DISCUSIÓN

Los datos epidemiológicos respecto al sexo, la edad de presentación y los años de curso evolutivo coinciden parcialmente con la revisión de la bibliografía<sup>1,7,8</sup>. Así, en ésta parece existir un predominio del sexo masculino en las edades escolares y un predominio del femenino en la pubertad; en nuestra muestra sólo había 3 pacientes púberes y existía sin embargo un predominio global de mujeres. La edad de presentación fue similar a la encontrada en otras series con una edad de presentación típica en los primeros años de la escolarización. La frecuencia de los episodios coincide con lo ya descrito, esto es, entre 3 y 4 recurrencias por año.

Los hallazgos clínicos son también similares con una escasa frecuencia de supuración objetivable por el conducto salival y afectación unilateral más frecuente aunque no tan predominante como aparece en otras series. Las manifestaciones clínicas se autolimitan en menos de una semana, como ya era conocido.

Para establecer el diagnóstico se señala en trabajos recientes la utilización de la ecografía como primera prueba diagnóstica para efectuar el diagnóstico diferencial, sobre todo con procesos expansivos de los que no hemos encontrado ningún caso<sup>9</sup>. En nuestra revisión la sialografía fue más sensible para detectar los hallazgos diagnósticos de la parotiditis crónica tales como la imagen de sialectasias acinares y en enfermedad litiasica presenta igualmente una mejor resolución. La opinión de los autores es que la ecografía es una técnica recomendable por su inocuidad y por haber resultado igualmente válida, aunque también se piensa que ambas exploraciones resultan complementarias y deben ser practicadas en todo niño con parotiditis crónica para efectuar el diagnóstico de la entidad.

Diversos trabajos señalan que la sialografía podría tener un efecto beneficioso y ser una técnica diagnóstica con cualidad terapéutica (acción antiséptica del contraste utilizado, efecto dilatador de conductos estenosados). Esto podría explicar la buena evolución que ha seguido un importante número de nuestros pacientes.

El corto período de seguimiento de nuestros pacientes no ha permitido valorar la esperable regresión puberal del proceso, que es lo más frecuente según la bibliografía<sup>10,11</sup>.

En conclusión:

- Los datos de nuestra serie coinciden en general con lo ya destacado en otras revisiones como la edad de presentación en los primeros años de escolarización, los hallazgos clínicos habituales con dolor, fiebre y supuración infrecuente, la periodicidad de los episodios (3-4 anuales). Destaca una menor prevalencia del sexo masculino y de la afectación glandular unilateral respecto a lo recogido en otras series.

- Se ha practicado la sialografía para el diagnóstico en todos los casos. La gran mayoría tuvo un buen curso clínico con una disminución en el número de los episodios

de parotiditis. La sialografía podría tener un papel terapéutico que justificase en parte esta buena evolución.

– La ecografía ha demostrado también su utilidad y por su inocuidad puede plantearse como primera exploración en el diagnóstico diferencial de lesiones ocupantes de espacio, aunque en nuestra serie ha presentado una menor sensibilidad que la sialografía para el diagnóstico.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Chitre VV, Premchandra DJ. Recurrent parotitis. *Arch Dis Child* 1997; 77: 359-363.
2. Anaya JM, Ogawa N, Talal N. Sjögren's syndrome in childhood. *J Rheumatol* 1995; 22: 1152-1158.
3. Viñallonga X. Parotiditis crónica recurrent de la infància. *Ped Catal* 1999; 59: 131-135.
4. Lepage P, van de Perre P, van Vliet G et al. Clinical and endocrinologic manifestations in perinatally human immunodeficiency virus type 1 infected children aged 5 years or older. *Am J Dis Child* 1991; 145: 1248-1251.
5. Ericson S, Zetterlund B, Ohman J. Recurrent parotitis and sialectasis in childhood. Clinical, radiologic, immunologic, bacteriologic and histologic study. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1991; 100: 527-535.
6. Nozaki H, Harasawa A, Hara H, Shigeta A. Ultrasonographic features of recurrent parotitis in childhood. *Pediatr Radiol* 1994; 24: 98-100.
7. Taberero M, González MT, Bueno M, Torreblanca J. Parotiditis crónica recidivante en niños. A propósito de 25 casos. *An Esp Pediatr* 1991; 34: 133-136.
8. Zou ZJ, Wang SL, Zhu JR, Yu SF, Ma DQ, Wu YT. Recurrente parotitis in children. A report of 102 cases. *Chin Med J Engl* 1990; 103: 576-582.
9. Murrat ME, Buckenham TM, Joseph AE. The role of ultrasound in screening patients referred for sialography: a possible protocol. *Clin Otolaryngol* 1996; 21: 21-23.
10. Watkin GT, Hobsley M. Natural history of patients with recurrent parotitis and punctate sialectasis. *Br J Surg* 1986; 73: 745-748.
11. Geterud A, Lindvall AM, Nysten O. Follow-up study of recurrent parotitis in childhood. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1988; 97: 341-346.