

# Parotiditis crónica recurrente juvenil

\*Servicio de Otorrinolaringología, Hospital Comarcal Santiago Apóstol, Miranda de Ebro, Burgos, España.

\*\*Servicio de Pediatría, Hospital Comarcal Santiago Apóstol, Miranda de Ebro, Burgos, España.

\*\*\*Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Comarcal Santiago Apóstol, Miranda de Ebro, Burgos, España.

## Infantile recurrent parotiditis

### RESUMEN

La parotiditis crónica recurrente es un cuadro clínico benigno y autolimitado que cursa con inflamación parotídea unilateral o bilateral.

Su etiología es incierta. La inflamación suele ser brusca con una duración variable de 2 a 14 días y se puede acompañar de sintomatología sistémica. Su diagnóstico es clínico, apoyado en la ecografía que está considerada como prueba de elección. Su tratamiento es sintomático mediante analgésicos y antiinflamatorios, en caso de infección se administra penicilina vía oral.

El objetivo, es presentar una patología que a pesar de ser infrecuente es de fácil diagnóstico, su tratamiento es de forma ambulatoria y que suele desaparecer cuando el paciente alcanza la adolescencia.

### PALABRAS CLAVE:

Parotiditis recurrente, Ecografía, niños, Sialografía.

### SUMMARY

*Chronic recurrent parotitis is a benign and self-limiting clinical condition that presents with unilateral or bilateral parotid swelling.*

*The etiology is uncertain. Inflammation is usually abrupt with a variable duration of 2-14 days and may be accompanied by systemic symptoms. The diagnosis is clinical, supported by ultrasonography which is considered the gold standard. Treatment is symptomatic with analgesic and antiinflammatory, penicillin infection if administered orally.*

*The aim is to present a condition that despite being rare is easy diagnosis, treatment is on an outpatient basis and usually disappear when the patient reaches adolescence.*

### KEY WORDS:

*Recurrent Parotitis, Ultrasonography, Childhood, Sialography.*

## Introducción

La parotiditis crónica recurrente o recidivante juvenil es un cuadro clínico infrecuente que afecta habitualmente a niños entre los 3 y 6 años de edad.

Clínicamente, cursa con episodios de inflamación recurrente de la glándula parótida uni o bilaterales, acompañados ocasionalmente de fiebre y malestar general y de unos días de duración. No se acompaña de enfermedad sistémica y en los periodos intercrisis el paciente permanece asintomático. Su prevalencia es mayor entre los varones y su etiología aunque desconocida se relaciona con fenómenos autoinmunitarios.

## Caso Clínico

Presentamos el caso clínico de un varón de 5 años de edad sin antecedentes de interés personales ni familiares. El paciente es remitido por su pediatra por haber presentado en los últimos 10 meses tres episodios de inflamación parotídea bilateral. Los episodios son autolimitados de 3 a 5 días de evolución y han cedido con toma de antiinflamatorios. En el primer episodio se le pautó además antibioterapia con Amoxicilina-clavulánico por vía oral debido a que presentó febrícula. En ninguno de los episodios se dio gran afectación del estado general.

En la consulta se realizó la exploración clínica coincidiendo con el cuarto episodio de parotiditis, en este caso

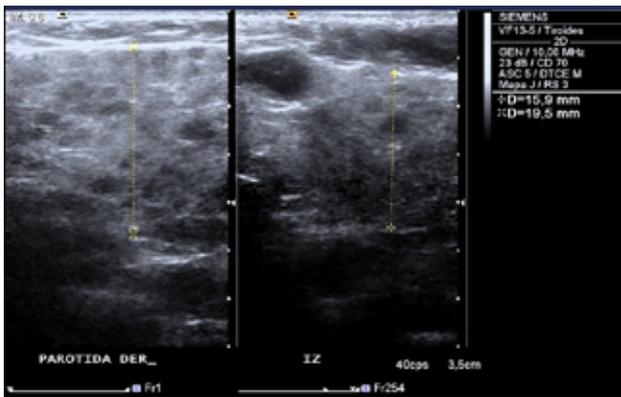
fue unilateral. El paciente presentaba un aumento difuso la glándula parótida derecha. No presentaba trismus ni alteraciones en la orofaringe. Mediante palpación bimanual no se detectaban colecciones y únicamente se valoró el aumento difuso de la glándula parótida. Se tomaron muestras para cultivo de saliva por el conducto de Stenon con resultado de flora habitual.

La ecografía del proceso agudo mostraba una alteración difusa de la ecoestructura glandular bilateral (de mayor tamaño la derecha) con ecogenicidad y ecoestructura heterogénea sin colecciones formada por múltiples formaciones nodulares hipoecoicas. (Fig.1). Aumento de la vascularización parotídea derecha y de las adenopatías laterocervicales (Fig. 2).

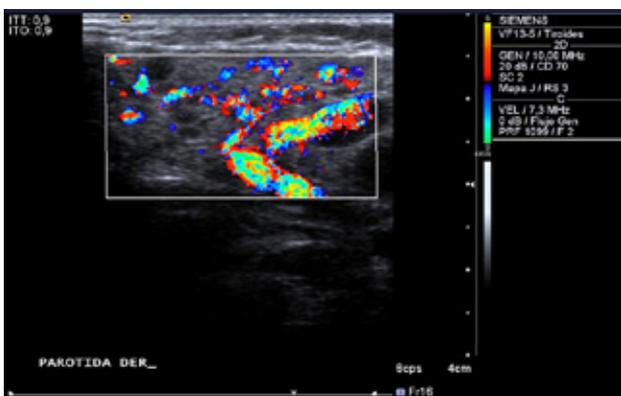
Se realizó estudio analítico incluyendo hemograma, Proteína C reactiva (que fue el único valor elevado 5,9 mg/L (0-5)), bioquímica, velocidad de sedimentación globular, ionograma, glucemia, inmunoglobulinas y estudio serológico frente a Citomegalovirus (CMV), Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), Virus Epstein-Barr (VEB), estando todos los resultados dentro de la normalidad.

El paciente recibió tratamiento ambulatorio con antiinflamatorios con muy buena evolución y resolución del cuadro en 5 días.

En la actualidad no ha presentado nuevos episodios desde hace más de un año.



**Figura 1:** Imagen ecográfica comparativa de ambas parótidas durante la fase aguda de la parotiditis que muestra una alteración difusa de la ecoestructura parenquimatosa glandular con múltiples formaciones pseudonodulares hipoeoicas, de predominio en el lado derecho que también se muestra engrosado respecto al contralateral.



**Figura 2:** Imagen ecográfica Doppler-color de parótida derecha donde se objetiva aumento de la vascularización (o hipervascularización).

## Discusión

La parotiditis crónica recurrente juvenil es una sialoadenitis inespecífica caracterizada por episodios de edema recurrentes de las glándulas parótidas. La etiología no está clara<sup>1</sup>, se han postulado como factores malformaciones congénitas ductales, factores genéticos, alergias, infecciones bacterianas o virales, enfermedades autoinmunitarias e inmunodeficiencias.

El principal diagnóstico diferencial<sup>2</sup> debe hacerse con la parotiditis epidémica y bacteriana, litiasis del conducto de Stenon, los tumores de la glándula y enfermedades sistémicas (Síndrome de Heerfordt, Síndrome de Mikulick, Síndrome de Sjögren). También se incluyen en el diagnóstico diferencial infecciones víricas (CMV, VEB, VIH), diabetes mellitus o fibrosis quística.

El diagnóstico<sup>3</sup> es clínico. No existe un consenso claro a cerca de la prueba, tradicionalmente se había considerado la sialografía<sup>4</sup> el principal estudio de imagen. Los hallazgos sialográficos muestran una dilatación del sistema acinar con sialectasias en forma de "árbol con frutos" de 1-2 mm. Esta prueba entraña una gran dificultad para su realización en niños, además del empleo de radiaciones ionizantes.

Estudios<sup>5</sup> recientes concluyen que la ecografía es la prueba de elección para el diagnóstico y seguimiento.

La afectación es unilateral en la mayoría de los episodios, con un cierto predominio del sexo masculino.

El objetivo terapéutico<sup>6</sup> de la fase aguda es aliviar los síntomas y prevenir el daño en el parénquima glandular. Suele ser suficiente el tratamiento mediante analgésicos, antiinflamatorios, calor y masaje local. Si hay signos de sobreinfección bacteriana se asociará tratamiento antibiótico. Aunque no existe evidencia, algunos autores<sup>7</sup> apuntan a la posibilidad de que el tratamiento antibiótico acorte la sintomatología y disminuya el daño de la glándula, pero el tratamiento profiláctico de futuros episodios con antibiótico se ha mostrado inefectivo.

La evolución natural tiende a la remisión espontánea durante el período puberal, si bien pueden persistir los episodios hasta la edad adulta. Estudios recientes<sup>8</sup> sugieren que en la parotiditis recurrente juvenil se producen exacerbaciones agudas sobre la base de una destrucción lentamente progresiva de la glándula.

## Bibliografía

- Morales-Bozo I, Urzúa-Orellana B, Landaeta M, Montalbán R et al. Molecular alterations of Parotid Saliva in Infantile Chronic Recurrent Parotitis. *Pediatric Research*. 61(2);203-208.
- González Benavides A, Vaquero Íñigo I, Mendizábal Díez M, Martínez Merino M et al. Parotiditis crónica recurrente juvenil. *Rev Pediatr Aten Primaria*.2015;17:147-149.
- Tapia Ceballos L, Del Río Camacho G, Picazo angelín B, Ruiz Moreno JA, Badaraco M. Parotiditis recurrente. *An Pediatr (Barc)* 2004;60(1):85-6.
- Concheiro Guisán A, Bellver Castañón E, Garrido Romero R. Parotiditis crónica recurrente juvenil. *An Esp Pediatr* 2000;53:418-421.
- Shimizu M, Umuler J, Donath K, Yoshiura K, Ban S, Kanda S et al. Sonographic analysis of recurrent parotitis in children: A comparative study with sialographic findings. *M. Oral surgery, Oral medicine, Oral Pathology, Oral Radiology & Endodontics* 1998;86:606-15.
- Chrite VV, Premchandra DJ. Recurrent parotitis. *Arch Dis Child* 1997;77:359-63.
- Adeboye SO, Macleod I. Recurrent parotitis of childhood or juvenile recurrent parotitis-a review and report of two cases. *Dent Update*.2014;41:73-6.
- Huisman T, Holzmann D, Nadal D. MRI of chronic recurrent parotitis in childhood. *J Comput Assist Tomogr* 2001;25:269-73.

## Correspondencia

Dra. M<sup>a</sup> Cristina Gascón Rubio  
Servicio de Otorrinolaringología  
Carretera de Tarazona, Km. 3  
31500 Tudela (Navarra)  
E-mail: crigascon81@hotmail.com