



Revista chilena de pediatría
ISSN 0370-4106 versión impresa

Rev. chil. pediatr. v.75 n.1 Santiago ene. 2004



Rev Chil Pediatr 75 (1); 43-47, 2004

ARTÍCULO ORIGINAL

Parotiditis crónica recurrente en el niño

Carmen Gloria Rosti3n A.¹, Carlos Giuliano V.², Silvana Acosta V.²

Resumen

La Parotiditis cr3nica recurrente (PCR) en ni3os es una enfermedad de etiolog3a desconocida y evoluci3n autolimitada caracterizada por episodios de aumento de volumen parot3deos dolorosos asociados a sialectacia parotidea no obstructiva. Su estudio y tratamiento no obedece a criterio 3nico. El objetivo del presente trabajo es revisar nuestra experiencia con el uso de mucol3ticos como tratamiento sintom3tico en los periodos agudos de la enfermedad. *Pacientes y M3todo:* Se estudiaron en forma retrospectiva las caracter3sticas cl3nicas, estudio de im3genes y respuesta cl3nica al uso de mucol3tico (Bromhexina) en 25 pacientes tratados por parotiditis cr3nica recurrente entre 1993 y 1999, en el policl3nico de cirug3a del Hospital Roberto del R3o. *Resultados:* La distribuci3n por g3nero del grupo en estudio fue de 16 hombres y 9 mujeres, con una relaci3n de 1,8:1. El 92% se ten3a entre 4 a 10 a3os. El aumento de volumen como s3ntoma estuvo presente en el total de los casos y al momento de la primera consulta todos los pacientes hab3an presentado por lo menos 1 episodio antes. Hubo respuesta cl3nica favorable al uso de mucol3ticos en el 100% de los casos, manifestada como disminuci3n del dolor entre 48 y 96 h luego de comenzada la administraci3n del mucol3tico. La Parotiditis cr3nica inespec3fica, como todas las enfermedades cr3nicas con periodos de reagudizaci3n ofrece algunas dificultades para su evaluaci3n y tratamiento. El uso de mucol3ticos disminuye el periodo sintom3tico en relaci3n a los descritos en la literatura y puede ser una buena alternativa terap3utica.

(**Palabras clave:** Parotiditis cr3nica recurrente, sialectasia, mucol3tico).

Chronic recurrent parotiditis in children.

Introduction: Chronic recurrent parotiditis (CRP) in children is a self limiting disease of unknown aetiology, characterized by episodes of painful parotid swelling and associated

with non-obstructive sialectasia. Its study and treatment do not follow set rules. Objective: to review our experience using mucolytics in the symptomatic treatment of acute episodes of CRP. Methods: a retrospective study of the clinical and radiographic characteristics and the response to a mucolytic (Bromhexin) in 25 patients, 16 males, between 1993 and 1999 was carried out. Results: 92% were between 4 and 10 years, all having presented at least once with CRP. Swelling was present in all cases and all responded to Bromhexin, with a decrease in pain between 48 and 96 hours after starting treatment. CRP with its acute episodes presents some difficulties in its evaluation and treatment. Conclusion: the use of mucolytics reduces the symptomatic period in relation to those reported in the literature and provides a good therapeutic alternative.
(Key words: chronic parotiditis, sialectasia, mucolytic).

INTRODUCCIÓN

Aunque infrecuentes, más de un tercio de las patologías de glándulas salivales, ocurren en niños¹. Entre ellas está la parotiditis, cuyo origen infeccioso es el más común en la práctica pediátrica.

La parotiditis crónica recurrente es una inflamación parotídea, generalmente asociada con sialectasia no obstructiva de la glándula. Se caracteriza por aumento de volumen y sensibilidad, sin signos de infección aguda. Se ha descrito predominancia en varones de edad escolar y tiende a remitir espontáneamente hacia la pubertad. No se conoce la causa, pero se cree que estaría en relación con enfermedades autoinmunes o alérgicas². Otra hipótesis, ha considerado la infección ascendente, desde la cavidad oral, como el evento inicial que provoca sialectasia y luego, cambios secundarios que resultan en una secuencia de alteraciones que disminuyen el flujo salival, por una leve inflamación del parénquima, al principio, que luego sería causante de metaplasia del epitelio ductal, lo que aumentaría la secreción³. Este aumento de secreción en una glándula con flujo disminuido (sialectasia) podría predisponer a la inflamación recurrente.

La tendencia familiar en estos cuadros también ha sido reportada⁴.

La teoría más aceptada es que sería multifactorial, y consecuentemente el estudio y los tratamientos usados no obedecen a criterio único. Los pacientes son manejados por distintos especialistas, que indican variadas terapias, desde masajes y calor local, antibióticos y antiinflamatorios, hasta cirugía (biopsia, ligadura del conducto, parotidectomía)^{1,5}.

La relación de la glándula con el nervio facial hace no recomendable el diagnóstico de la enfermedad mediante biopsia por la gran fibrosis perineural secundaria. La sialografía, en cambio, demuestra la indemnidad del árbol excretor y la sialectasia, en una imagen característica de “ciruelo en flor” ([figura 1](#)) que asegura que la retención de secreción salival es la causa del cuadro, descartando otras patologías de la glándula.

Con los antecedentes que existen de los buenos resultados que se han obtenido con el uso de mucolíticos en patologías como S. Sjögren y Xeroftalmia⁶, planteamos el uso de mucolíticos en pacientes con parotiditis crónica recurrente durante los períodos agudos de la enfermedad. El mucolítico debería diluir la secreción salival facilitando su drenaje. El efecto clínico esperado con el uso de mucolíticos sería mostrar disminución del dolor y del aumento de volumen parotídeo. El objetivo de este estudio es evaluar el efecto clínico del uso de un mucolítico en pacientes que consultan por parotiditis recurrente.

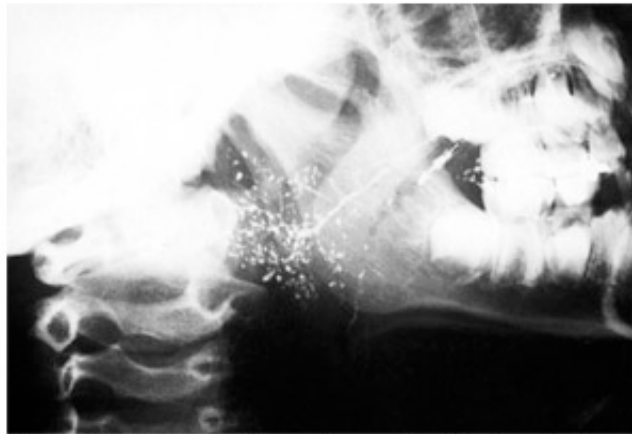


Figura 1. Glándula parótida con imagen de "ciruelo en flor".

PACIENTES Y MÉTODO

Entre 1993 y 1997 se atendieron 38 niños con cuadro de parotiditis recurrente en el Hospital Roberto del Río. Veinticinco de ellos fueron tratados en el Servicio de Cirugía y 13 en otros Servicios (Dental y Otorrinolaringología). En los 25 pacientes, el diagnóstico se sospechó por la historia clínica y se confirmó en todos los casos mediante sialografía, demostrándose en todos ellos la indemnidad del árbol excretor, descartando otra patología. El estudio sialográfico confirmó el diagnóstico en los 25 pacientes. Se indicó entonces Bromhexina en dosis de 4 mg cada 8 horas.

Estos veinticinco pacientes que recibieron mucolítico (Bromhexina) fueron controlados a los 15 días.

Los 13 pacientes que no consultaron en Cirugía y por lo tanto no fueron tratados con el mucolítico, fueron considerados como grupo control. Ambos grupos fueron comparables en edad, sexo y presentación clínica de la enfermedad.

Para el presente estudio se revisaron las historias clínicas de los pacientes tratados con mucolítico, consignándose:

- I. Anamnesis: Nombre, número de historia, género, edad, tiempo de evolución del cuadro, tratamiento previo indicado.
- II. Examen físico: Aumento de volumen, localización, lado y sensibilidad.
- III. Imagenología: Ecografía, sialografía.
- IV. Evolución del cuadro post-tratamiento con mucolítico.
- V. Recaídas y complicaciones.

RESULTADOS

Se evaluaron 25 pacientes tratados y 13 pacientes como grupo control. La distribución por género del grupo en estudio fue de 16 hombres y 9 mujeres con una relación de 1,8: 1. El 92% se tenía entre 4 y 10 años.

El aumento de volumen como síntoma estuvo presente en el 100% de los casos, y al momento de la primera consulta todos los pacientes habían presentado por lo menos 1 episodio previo. La afección unilateral fue la más frecuente (64% de los casos) ([tabla 1](#)).

Tabla 1. Parotiditis crónica recurrente, características clínicas

Síntomas y signos	n	%
Aumento de volumen	25	100
Dolor	10	40
Secreción purulenta	2	8
Más de un episodio	25	100
Localización	n	%
Izquierda	11	44
Derecha	5	20
Bilateral	7	28
No conmsignado	2	8

La respuesta al uso de mucolítico en el grupo estudiado fue favorable en el 100% de los casos con disminución progresiva del aumento de volumen y desaparición del dolor en las primeras 48 horas después de iniciado el tratamiento en 16 casos (60%) y dentro de las 96 horas en los restantes.

En el grupo que consideramos como control, en cambio, 11 de los 13 niños (80%) tuvo sintomatología (dolor y aumento de volumen) durante un período mayor a 7 días, al ser tratado con antiinflamatorios no esteroideos.

Si comparamos ambos grupos desde el punto de vista de la duración de los síntomas, el grupo que recibió mucolíticos tiene una duración menor que aquel que recibió antiinflamatorios no esteroideos ($p < 0,00001$). En nueve de los 25 pacientes del grupo que usó mucolíticos se presentó otro episodio de parotiditis luego de ceder el cuadro con el tratamiento. El período asintomático en 6 de estos 9 pacientes tratados con mucolíticos fue de 9 meses o más. En los 3 pacientes restantes fue de cinco, tres y dos meses respectivamente. En el grupo no tratado con mucolíticos, la reagudización del cuadro se presentó en 12 de los 13 pacientes y el tiempo máximo asintomático fue de 8 semanas.

El período asintomático fue significativamente mayor en el grupo que recibió mucolíticos ($p = 0,002$, prueba de Fisher-Irwing con corrección de Yates). Uno de los pacientes del grupo que no recibió mucolítico presentó, luego de 24 meses de evolución del cuadro, una complicación grave (fistulización parotídea lateral) y alteraciones estéticas de la piel (estrías) ([figura 2](#)). Actualmente está en tratamiento con mucolítico desde hace 6 meses y no ha presentado nuevas reagudizaciones del cuadro.

El riesgo relativo de reagudización de la enfermedad en los pacientes del grupo tratado con mucolítico (9/25) comparado con el no tratado (12/13) es de 0,55 (95% IC 0,27-1,1).



Figura 2. Fistulación parotídea a los 24 meses de evolución

DISCUSIÓN

En nuestra experiencia hemos observado que se presentan 6 nuevos casos por año de parotiditis crónica recurrente idiopática. Sabemos, sin embargo, que la incidencia de esta enfermedad está muy por encima de esa cifra, pero lamentablemente por ser una patología crónica, de causa incierta, y a veces de evolución tórpida, muchos de estos pacientes se ven obligados a consultar a diferentes especialistas como son dermatólogos, otorrinolaringólogos y cirujanos dentistas, entre otros. Por otra parte, los pacientes con enfermedades crónicas aprenden muchas veces a reconocer signos y síntomas de reagudización o cambio, facilitando con ellos el diagnóstico, la evaluación y la necesidad de cambios en la terapia, especialmente si ésta no está dando los resultados esperados. Algunos de ellos son derivados para biopsia quirúrgica, lo que significa someter al paciente a un riesgo innecesario, tomando en cuenta la estrecha relación del nervio facial con la glándula y la gran fibrosis perineural secundaria a la cirugía, con las secuelas neurológicas que esto puede significar. Más aún, si se tiene en cuenta que si bien esta patología no tiene causa conocida, sí se sabe que está rodeada de un cuadro clínico bien establecido y autolimitado. La ecografía puede ser útil cuando el paciente está en período agudo de la inflamación, ya que esto contraindica la realización de sialografía. La ultrasonografía puede, en este caso, permitirnos descartar patología tumoral de la glándula e iniciar el tratamiento sintomático con mucolíticos. Aunque algunos reportes consideran a la ecografía como el examen que pudiera reemplazar completamente a la sialografía, es sólo esta última la que nos ofrece el diagnóstico de certeza de esta enfermedad (figura 3). Incluso, algunos autores han notificado que puede llegar a ser terapéutica ya que a veces tiende a disminuir la sialectasis, luego de haber sido practicada⁷.

Considerando los resultados de este estudio consideramos que el tratamiento con mucolítico es una muy buena medida terapéutica ya que en nuestra experiencia todos los pacientes tratados mejoraron.

Es muy importante, eso sí, ser muy claros en la información a los padres con respecto a esta enfermedad. Darles tranquilidad asegurándoles que la certeza diagnóstica no implica biopsia quirúrgica para determinar que la enfermedad es benigna, pero que ésta puede ser recurrente en más de un episodio.

REFERENCIAS

- 1.- *Chitre V, Premchandra D*: Recurrent Parotitis. Arch Dis Child 1997; 77: 359-63.
- 2.- *Kenneth Welch: The salivary glands In: Pediatric Surgery St Louis Mosby-Year Book, Inc 1986.*
- 3.- *Saunders J Jr, Hirata R, Darrell J*: Salivary glands. Surg Clin North Am 1986; 66: 59.
[[Medline](#)]
- 4.- *Ferreiro J, Weiland R*: Pediatric surgical pathology of the head and neck sem Pediatr Sur 1994; 3: 169-81.
- 5.- *Yáñez M, Roa J, Roa JC, Villaseca M, García M*: Sialadenitis crónica esclerosante inespecífica de la glándula submandibular (Tumor de Küttner). Caso Clínico. Rev Méd Chile 1999; 127: 600-3.
- 6.- *Nanni JM, Nguyen Ktt, Alford CE, et al*: Assessment of Bromhexine as a treatment regimen in Stogren's syndrome. Clin Exp Rheumatol 1997; 1: 512-21.
- 7.- *Nazar G, Iñiguez F, Der C, et al*: Parotiditis aguda recurrente en el niño. Rev Chil Pediatr 2001; 72: 437-42.
[[Lilacs](#)] [[SciELO](#)]

-
1. Profesor Asistente, Universidad de Chile
 2. Servicio de Cirugía, Hospital Roberto del Río.

Trabajo recibido el 31 de julio de 2003, devuelto para corregir el 11 de octubre de 2003, segunda versión 29 de diciembre de 2003, aprobado para publicación 8 de enero de 2004.

© **2008 Sociedad Chilena de Pediatría**

**Alcalde Eduardo Castillo Velasco 1838
Ñuñoa, Santiago
Casilla 593-11
Teléfono: 2379757 - 2371598**

Fax: 238 0046



contacto@sochipe.cl