

Hospital Pediátrico Docente William Soler

## Caracterización clínica de la parotiditis recurrente en niños. Hospital Pediátrico William Soler

### Clinical features of recurrent parotitis in children. William Soler Pediatric Hospital

Julio Valcárcel Llerandi<sup>1</sup>, Dra. Vianed Marsán Suárez<sup>2</sup>, Dra. María del Carmen Fernández González<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Especialista Segundo Grado en Cirugía Máximo-Facial. Master en Atención de Urgencias Estomatológicas. [gaval@infomed.sld.cu](mailto:gaval@infomed.sld.cu)

<sup>2</sup>Especialista Segundo Grado en Inmunología. [marsan@hemato.sld.cu](mailto:marsan@hemato.sld.cu)

<sup>3</sup>Especialista Primer Grado en Estomatología General Integral. Master en Atención de Urgencias Estomatológicas. [mcfdez@horpf.sld.cu](mailto:mcfdez@horpf.sld.cu)

---

#### RESUMEN

La Parotiditis Recurrente es el segundo cuadro inflamatorio más frecuente que afecta a la glándula parótida y se define como una inflamación parotídea, generalmente asociada a una sialectasia no obstructiva glandular. Se caracteriza por episodios recurrentes de aumento de volumen inflamatorio de una o ambas glándulas parótidas, acompañados ocasionalmente de fiebre y malestar general. Estos episodios se alternan con intervalos de remisión de semanas o meses, en los que la glándula se observa clínicamente asintomática. Se realizó un estudio en 74 niños menores de 15 años, con diagnóstico de parotiditis recurrente del 2000 a 2007 con el objetivo de realizar una caracterización clínica de esta enfermedad. A cada paciente se le realizó: interrogatorio y examen físico; se confirmó el diagnóstico con ultrasonografía. La enfermedad no presentó diferencias importantes entre los sexos. La edad de presentación de la primera crisis fue alrededor de los 3 años, con un promedio de 7 crisis por niño, con una duración de 6 días. En la mayoría de los casos se presentó como un aumento de volumen bilateral, acompañado de dolor.

**Palabras clave:** Parotiditis recurrente, parotiditis recidivante, episodio inflamatorio.

## ABSTRACT

The recurrent parotitis is in order of frequency the second inflammatory disease that affects the parotid gland; it is defined like an inflammatory process generally associated to a glandular non obstructive sialectasis. It is characterized by recurrent inflammatory episodes and volume increase of one or both parotids glands, occasionally accompanied by fever and general uneasiness. These episodes are alternated with remission intervals of weeks or months, in which the gland is observed clinically asymptomatic. It was carried out a study in 74 children smaller than 15 years, with diagnose of recurrent parotitis from 2000 to 2007 in order to perform a clinical characterization of this disease. To each patient it was carried out: interrogation and physical exam, diagnose was confirmed with ultrasound. There were not found remarkable differences among sexes. The presentation age of the first crisis was around 3 years, with an average of 7 crises per patient and 6 days of duration. In most of the cases it occurred as a bilateral volume increase, accompanied by pain.

**Key words:** Recurrent parotitis, recurrent parotitis, inflammatory episode.

---

## INTRODUCCIÓN

La Parotiditis Recurrente (PR) se define como una inflamación parotídea, generalmente asociada a una sialectasia no obstructiva glandular.<sup>1</sup> No existe acuerdo en la literatura respecto a la nomenclatura utilizada para esta entidad. Se le ha dado el nombre de Parotiditis Crónica Recurrente o Recidivante Juvenil; también el de Parotiditis Aguda Recurrente, Parotiditis recurrente infantil o, por último, Parotiditis Recurrente,<sup>2,3</sup> la cual consideramos más correcta.

La enfermedad se inicia con mayor frecuencia entre 2 y 6 años. Se caracteriza por episodios recurrentes, caracterizados por aumento de volumen inflamatorio, dolor, induración de una o ambas glándulas parótidas.<sup>4,5</sup> Estos episodios se alternan con intervalos de remisión de semanas o meses, en los que la glándula se observa clínicamente asintomática.<sup>3,6</sup> Esta entidad afecta a individuos de ambos géneros en una proporción relativamente similar.<sup>7</sup>

Después de la pubertad, los síntomas disminuyen pudiendo desaparecer completamente sin causa aparente, informándose resolución de los episodios en 90% de los casos, aunque en algunos pacientes la enfermedad puede persistir en el individuo adulto. Se han propuesto dos teorías para explicar la recuperación espontánea de la PR: Atrofia total, con la consecuente ausencia de síntomas o Regeneración de la glándula a partir del sistema ductal superviviente.<sup>8</sup>

La etiopatogenia de la enfermedad se ha relacionado con sensibilizaciones alérgicas y alteraciones inmunitarias; a pesar de los diversos estudios, la etiología permanece desconocida.<sup>1</sup>

El diagnóstico de PR se basa en la Historia Clínica y se confirma con la ultrasonografía, método no invasivo, considerado en estudios recientes como la prueba de elección para el diagnóstico y seguimiento de esta enfermedad.<sup>8</sup>

Los niños que padecen PR, desarrollan un complejo de signos y síntomas, tanto locales como generales que comprometen el estado emocional del paciente, alejándolo de sus actividades lúdicas y escolares, además de provocar preocupación y desesperación en sus familiares. Por las características de su recurrencia, con intervalos tan variables, nos motivamos a realizar esta investigación para tener una caracterización clínica de estos pacientes.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo transversal en 74 niños menores de 15 años, con diagnóstico de PR en el Servicio de Cirugía Máxilo-Facial del Hospital Pediátrico William Soler del año 2000 al 2007, previo consentimiento informado de sus padres o tutor. Se incluyó todo paciente con diagnóstico de PR, con dos o más episodios inflamatorios separados por intervalos de tiempo asintomáticos. El diagnóstico de PR se basó en criterios clínicos, que incluyeron episodios recurrentes de aumento de volumen e induración de una o ambas parótidas, con dolor, acompañados ocasionalmente de fiebre y secreciones a través del conducto de Stenon. Los casos fueron confirmados mediante ultrasonografía convencional. Se excluyeron los pacientes con enfermedad sistémica, parotiditis secundaria a litiasis, tumores, quistes o malformaciones vasculares.

Se utilizó un formulario confeccionado para el estudio.

La información se presentó en forma de frecuencias absolutas, porcentajes, promedios, varianza y desviación estándar.

## RESULTADOS

En la tabla 1, se observa que la edad promedio de los niños al asistir a consulta fue de 5,2 y para las niñas de 5,7 años, respectivamente, observándose más variación para el sexo masculino que para el femenino.

Tabla 1. Edad promedio de niños con parotiditis recurrente según sexo

Sexo	Media	Desviación estándar
Masculino n= 35	5.20	3.05
Femenino n=39	5.77	2.85

En la tabla 2, se observa que 97,3% de los niños tenía algún antecedente atópico, siendo los antecedentes respiratorios los más frecuentes con 95,9%, la alergia a medicamentos con 12,2%, las alteraciones de piel y mucosas con 10,8% y los antecedentes digestivos con 2,7%.

Tabla 2. Distribución de niños con parotiditis recurrente, según antecedentes atópicos

Antecedentes atópicos n= 72		
	No.	%
Antecedentes respiratorios	71	95,9
Alteraciones de piel y mucosas	8	10,8
Antecedentes digestivos	2	2,7
Alergia a medicamentos	9	12,2
Total	74	100,0

En la tabla 3, se muestran las variables relacionadas con las recurrencias, la edad promedio de la primera crisis fue alrededor de los 3 años con una variación de 2 años, el número de crisis fue como promedio de 6,8 con una variación de 3,7. La duración de las crisis fue como promedio de 5,6 días con una dispersión de 2,3 días. El período en el cual no se presentaron crisis fue de 4,1 meses con una dispersión de 2,1 meses.

Tabla 3. Distribución de niños, según variables relacionadas con las recurrencias

Variables	Mín.	Máx.	Media	Desviac. Estándar
Edad primera crisis	0,07	9,00	2,716	2,078
Número de crisis	3,00	21,00	6,784	3,757
Duración de crisis (días)	2,00	15,00	5,689	2,305
Período intercrisis (meses)	0,04	12,00	4,149	2,144

En la tabla 4, se observa la localización anatómica de la Parotiditis Recurrente, siendo la bilateral la más frecuente con 56,8%, seguida de la unilateral derecha con 24,3%.

Tabla 4. Distribución de la parotiditis recurrente, según localización anatómica

Características clínicas		
Lado afectado	FA	%
Unilateral derecha	18	24,3
Unilateral izquierda	14	18,9
Bilateral	42	56,8
Total	74	100,0

En la tabla 5, se observan los síntomas y signos que presentaron los niños con Parotiditis Recurrente donde 100% presentó aumento de volumen, 97,3% tuvo dolor, 62,2 % fiebre, 31,1% adenopatías, 56,8% piel hipercoloreada y 14,9% secreciones a través del Conducto de Stenon.

Tabla 5. Distribución de los niños con Parotiditis Recurrente, según síntomas y signos acompañantes

Síntomas y Signos		
	No.	%
<i>Dolor</i>	72	97,3
<i>Fiebre</i>	46	62,2
<i>Piel hipercoloreada</i>	42	56,8
<i>Aumento de volumen</i>	74	100,0
<i>Secreción C. Stenon</i>	11	14,9
<i>Adenopatías</i>	23	31,1
total	74	100,0

## DISCUSIÓN

La PR es un cuadro inflamatorio que afecta la glándula parótida en edades pediátricas y generalmente desaparece en la adolescencia.<sup>7,9</sup> Al hacer un análisis de la enfermedad según sexo (Tabla1), observamos que nuestros resultados coinciden con el trabajo realizado por Cocheiro,<sup>10</sup> quien observó predominio en las mujeres. Discrepando en los resultados del estudio de Nazar.<sup>11</sup>

La mayoría de los episodios de agudización de la PR está asociada a algún antecedente atópico, siendo los antecedentes respiratorios los más frecuentes, prevaleciendo la rinitis alérgica y asma (Tabla 2). En segundo lugar, se presentó la alergia medicamentosa, que en todos los casos fue a la penicilina. Al evaluar nuestros resultados, la mayoría de los niños afectados por PR, presentan algún tipo de atopía, en la que hay que considerar que su alta frecuencia puede estar relacionada con su alta incidencia en la población pediátrica de nuestro país.

Resultados más bajos de asociación, reporta Landaeta M y colaboradores, 1 en el que los antecedentes de alergia fueron referidos por solo 16 niños (32%), distribuyéndose en reacciones de tipo dermatitis atópica 4, dermatitis de contacto en 3, alergia al polen 8 y en 1 paciente reacción a penicilina.

La edad promedio de presentación del primer cuadro inflamatorio parotídeo en las distintas series revisadas plantean edad típica en edades escolares tempranas.<sup>10,12</sup> (tabla 3) Similares resultados, aportó Templer,<sup>9</sup> en los que generalmente los episodios parotídeos comienzan a los 5 años de edad y virtualmente los síntomas disminuyen entre los 10 y 15 años.

El número de crisis (tabla 3) previas a la asistencia a nuestra consulta médica fue de 6.7. Resultados similares reportó Nazar,<sup>11</sup> con un promedio de 6 episodios de reagudización cada uno (rango: 2 a 13). Además Concheiro 10 encontró un promedio de 5 episodios (límites 1 y 15 episodios); 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.

Cada episodio inflamatorio agudo parotídeo tuvo una duración variable (Tabla 3) de un individuo a otro y más aún, en un mismo niño, en las diferentes crisis, con una media de 5.6 días.

Nazar<sup>11</sup> reportó un promedio algo mayor que el de nuestro estudio. Una evolución más corta de las crisis informó Tapia, 8 con intervalos de 3 a 4 días. En la mayoría de los artículos revisados, la duración de los síntomas clínicos de la enfermedad tiene un rango amplio que varía entre 3 y 14 días.<sup>9,10</sup>

La evolución natural de la enfermedad es con períodos asintomáticos entre los episodios agudos, que según nuestros hallazgos se presentaron con un promedio de 4 meses, existiendo niños con períodos intercrisis de muy poca duración, en el orden de pocos días, hasta intervalos anuales. Los períodos más cortos intercrisis fueron referidos en las edades tempranas y fueron aumentando con el crecimiento. Similares resultados publicó Leerdam,<sup>13</sup> quien en su estudio retrospectivo informó una frecuencia de 8 episodios por año. Podemos concluir que el comportamiento de la Parotiditis Recurrente en cuanto al momento de presentación, recurrencias, y duración, es de gran variabilidad, reflejada en los rangos tan amplios de los resultados.

La presentación de forma unilateral fue publicada por Sitheeque<sup>14</sup> con una frecuencia de 69,2% en su trabajo en 26 pacientes, resultados que difieren a los nuestros. (Tabla. 4) Igualmente, Nazar<sup>11</sup> expuso que 74% de los episodios fueron unilaterales, sin diferencias de lateralidad, 47% del lado derecho y 53% del lado izquierdo. Coincidiendo con Templer.<sup>9</sup>

Otros resultados afirmaron que puede ser unilateral o bilateral sin que exista un predominio de ninguna de las dos presentaciones; unilaterales 16 casos (53%) frente a 14 casos (47%) de presentación bilateral.<sup>15</sup>

Los episodios agudos parotídeos generalmente fueron de aparición brusca y se caracterizaron por presentar aumento de volumen por delante y debajo del pabellón auricular en la totalidad de los niños, siendo este, un signo del proceso inflamatorio glandular. (Tabla 5).

Acompañándose en la mayoría de los casos de dolor, ante la ingestión de alimentos y a la presión local. La fiebre fue referida por algunos padres y, por lo general, apareció con mayor frecuencia en las primeras crisis y de corta duración; más tarde, los cuadros son afebriles, excluyendo una minoría que presentó exacerbaciones con cuadro sintomático florido con fiebre alta y una duración mayor.

Resultados variables han sido señalados por diferentes autores, pero existiendo un predominio de la sintomatología local.<sup>7,12,14,15</sup>

Nazar<sup>11</sup> obtuvo resultados similares: el aumento de volumen parotídeo se presentó en todos los pacientes, en tanto que 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).

Leerdam<sup>13</sup>, Sitheeque<sup>14</sup> y Landaeta<sup>1</sup> comparten criterios, en los que el aumento de volumen se presentó en 100% de los casos, seguido de dolor local y fiebre.

Al analizar la presencia de secreciones en la salida del Conducto de Stenon, existen contradicciones, algunos autores describen a la saliva parotídea como un material

---

mucopurulento; otros, como una secreción viscosa, lechosa y con acúmulo de material semisólido entremezclado.

La denominación de mucopus al componente específico presente en la saliva parotídea de estos pacientes es contradictorio, puesto que se trata de un material de consistencia distinta a la apariencia de pus. El color blanquecino de este material, es probablemente el causante de que sea confundido con secreción purulenta y tienda a inducir a la necesidad de una antibioterapia.<sup>7</sup>

En la mayoría de los estudios, se describe que la fiebre, el malestar general y la presencia de pus emanada por el Conducto de Stenon es poco frecuente y, de existir, se produciría por un corto tiempo y en poca cantidad.<sup>7</sup>

Se observó un enrojecimiento de la piel de la zona inflamada en algo más de la mitad de los casos, que desapareció junto al aumento de volumen glandular y alrededor de un tercio de los niños presentó adenopatías submandibulares unilaterales o bilaterales, según el compromiso glandular. No encontramos referencias, sobre el estudio de estas variables en la literatura consultada.

## CONCLUSIONES

- La Parotiditis Recurrente se presentó sin diferencias importantes entre los sexos y los antecedentes atópicos se mostraron en casi la totalidad de los casos. La edad de manifestación de la primera crisis fue alrededor de los 3 años, con un promedio de 7 crisis por niño, con una duración de 6 días cada 4 meses. En todos los pacientes, se exteriorizó el aumento de volumen parotídeo siendo la variante bilateral la más frecuente, acompañada fundamentalmente de dolor.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Landaeta M, Giglio MS, Ulloa MT, Martínez MJ, Pinto CM. Aspectos clínicos, etiología microbiana y manejo terapéutico de la parotiditis crónica recurrente infantil (PCRI) Rev Chil Pediatr. 2003; 74 (3): 269-276.
2. Talesnik EG, García CB. ¿Parotiditis crónica recurrente infantil o parotiditis recurrente? Rev Chil Pediatr. 2003; 74 (3); 256-257.
3. Isaacs D. Recurrent parotitis. J Pediatr Child Health. 2002; 38: 92-4.
4. Ortiz E. Parotiditis aguda y recurrente. Pediatr Integral. 2006; X(2):141-146.
5. Clement Paredes A, Pons Morales S, Muñoz Vicente E, Vega Senra MI, Mano Hernández A y Esteban Yuste F. Parotiditis recurrente juvenil An Pediatr (Barc). 2006; (65): 513-523.
6. Baurmash H.D. Chronic recurrent parotitis: a closer look at its origin, diagnosis, and management. J. Oral Maxil. Surg. 2004; 62(8):1010-8.
7. Paz JC. Alteraciones Moleculares de la saliva de pacientes afectados por Parotiditis Crónica Recurrente Infantil y su correlación con el compromiso glandular.

[en línea]. 2005. Disponible en:

[http://www.cybertesis.cl/tesis/uchile/2005/torres\\_j/sources/torres\\_j.pdf](http://www.cybertesis.cl/tesis/uchile/2005/torres_j/sources/torres_j.pdf)

8. Tapia LC, Del Río GC, Picazo BA, Ruiz JM, Badaracco M. Parotiditis recurrente An Pediatr (Barc). 2004; (60): 85-86.

9. Templer JW. Parotitis. [actualizado 23 Ago 2007]. 2005. Disponible en:

<http://www.emedicine.com/ent/topic600.htm>

[consulta 12 noviembre 2008].

10. Concheiro A, Bellver E, Garrido R, García Tornel S. Parotiditis Crónica Recurrente Juvenil. Anales de pediatría. 2000; 53(5): 418-421.

11. Nazar G, Iñiguez F, Der MC, Méndez C, García C, Arce J. et al. Parotiditis aguda recurrente en el niño. Rev Chil Pediatr. 2001; (72): 437-42.

12. Bhattarai M, Wakode PT. Recurrent parotitis in children. J Indian Assoc Pediatr Surg 2006; (11): 246-7.

13. Leerdam CM, Martin HC, Isaacs D. Recurrent parotitis of childhood. J Paediatr Child Health. 2005; 41(12): 631-4.

14. Sitheequ M, Sivachandran Y, Varathan V, Ariyawardana A, Ranasinghe A. Juvenile recurrent parotitis: clinical, sialographic and ultrasonographic features. International Journal of Paediatric Dentistry. 2007; (17): 98-104.

15. Vives AI, Insua CA. Parotiditis crónica recidivante con trastornos inmunológicos asociados. Rev Cubana Pediatr. 2007; 79(4).