

## Presentaciones de casos

Policlínico Docente «Mártires de Calabazar»

### Parotiditis crónica recidivante con trastornos inmunológicos asociados

Dra. Annia Esther Vives Iglesias<sup>1</sup> y Dra. Concepción Insua Arregui<sup>2</sup>

---

#### RESUMEN

En el departamento de ultrasonido diagnóstico fue atendida una paciente, de tres años de edad, que presentaba inflamación de ambas glándulas parótidas y que había presentado varios episodios de dolor, tumefacción unilateral o bilateral y fiebre. Había sido valorada en varias ocasiones por pediatría y había recibido múltiples tratamientos con antibióticos. Se le indicó ultrasonido de partes blandas y se valoró por inmunología. Se encontró un retardo en la fagocitosis y una disminución de la inmunidad celular. Se puso tratamiento con inmunomoduladores y antihistamínicos.

*Palabras claves:* Parotiditis crónica recidivante, ecografía de parótidas, inmunología.

---

De todas las glándulas salivales, la glándula parótida es generalmente la más afectada por procesos inflamatorios. Las formas clínicas varían de leves a graves. Los pacientes afectados por estas patologías presentan múltiples episodios de inflamación intermitente de una o ambas parótidas, acompañados algunas veces de dolor, fiebre y enrojecimiento del conducto de Stenon, con salida de pus o de filamentos mucopurulentos. Este cuadro clínico puede durar varios años.<sup>1-3</sup>

Las parotiditis crónicas se hallan frecuentes en los niños. Su causa es desconocida, aunque pueden considerarse de interés factores como la herencia, infecciones, alergias y malformaciones congénitas del conducto.<sup>3</sup>

La parotiditis crónica recurrente o recidivante se define como la inflamación recurrente de la glándula parótida, unilateral o bilateral, con dos o más episodios inflamatorios

separados por períodos asintomáticos y sin enfermedad sistémica acompañante. Su etiología está en discusión, pero se postulan mecanismos etiopatológicos, diferentes de los de los adultos, en los cuales el fenómeno autoinmunitario desempeña un papel importante.<sup>4</sup>

El sistema inmunitario está constituido por células y moléculas responsables de la defensa del organismo. Cuando el individuo es sano, la inmunidad contra los agentes patógenos es llevada a cabo por interacciones entre el huésped y el patógeno, y se mantiene así un balance adecuado entre ambos. Sin embargo, los trastornos estructurales o funcionales del hospedero hacen que ciertas enfermedades no se controlen y se comporten de forma inusual, lo que afecta al individuo tanto por la frecuencia de ataque de estas como por su gravedad.<sup>4,5</sup>

En algunas infecciones no se observa una respuesta adecuada a los tratamientos convencionales, debida más al deterioro del sistema inmunitario que a la virulencia del microorganismo.<sup>6-9</sup>

La parotiditis crónica recidivante o recurrente, según lo planteado por algunos autores, parece relacionarse con una disminución del flujo salival que condiciona cambios displásicos en la glándula, que la predisponen a la inflamación recidivante. Asimismo, pueden relacionarse infecciones en ascenso del sistema respiratorio y déficit de la inmunidad.

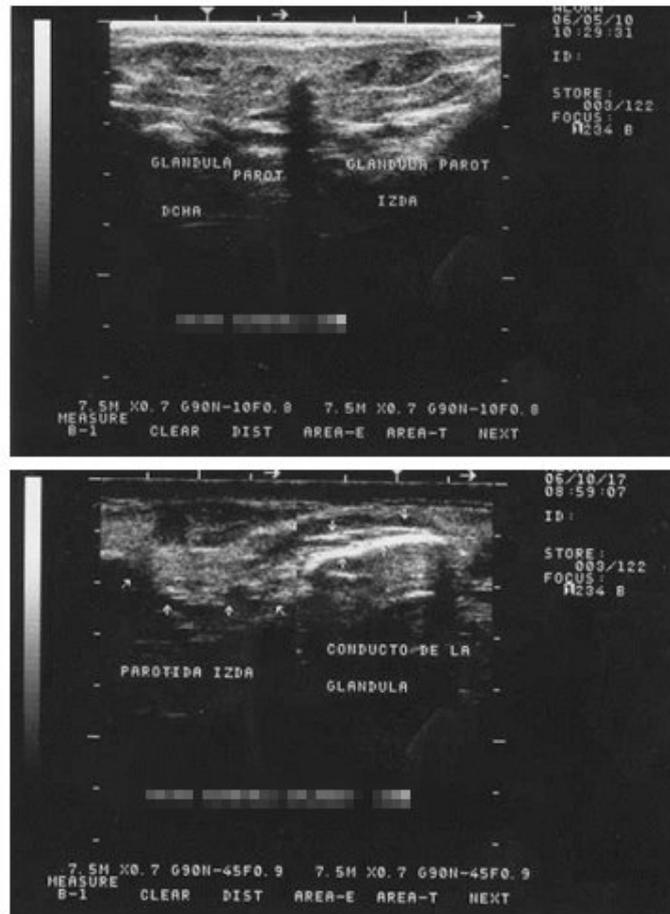
## **PRESENTACIÓN DEL CASO**

Paciente R. J. S., de 3 años de edad, que tiene antecedentes patológicos familiares negativos y antecedentes personales de asma bronquial de grado II. Tenía actualización de la vacuna triviral (PRS; contra parotiditis, rubéola y sarampión) del 29 de diciembre de 2003.

La paciente es traída en varias ocasiones al consultorio del médico de la familia con inflamación de las glándulas parótidas, a veces unilateral y en otras bilateral. La glándula más afectada era la derecha y presentaba, además, dolor, llanto irritable, fiebre y, en algunas ocasiones, un cuadro respiratorio asociado con rinorrea blanquecina u obstrucción nasal. Al examen físico solo se constata ambas parótidas tumefactas, dolorosas a la palpación y de consistencia dura.

Se le puso tratamiento con antibióticos y fue valorada por pediatría a causa de la persistencia del cuadro. La aparición de los síntomas era intermitente, a veces con intervalos de meses entre un cuadro y otro, y a veces solo de semanas o días.

Se remite con indicación de ultrasonido de parótidas al departamento de ultrasonido de nuestro policlínico. En el estudio se observa que ambas glándulas parótidas tenían aumento de tamaño; la izquierda medía 38 mm x 16 mm y tenía un conducto ligeramente dilatado, con 8 mm de diámetro; la derecha 36 mm x 24 mm. Ambas tenían aspecto complejo, con varias zonas hipocogénicas en su interior, aparentemente inflamadas, con bordes definidos y algo irregulares. No presentaban calcificaciones en su interior (figura).



**Figura.** *Imágenes ecográficas de las glándulas parótidas.*

Se continúa estudiando por inmunología y se le realizan varios complementarios para arribar a un mejor diagnóstico. Los resultados de los complementarios son los siguientes:

- Hematocrito: 0,40 g/L.
- Leucocitos:  $10,6 \times 10^9$ .
- Linfocitos: 0,58.
- Polimorfo nucleares: 0,31.
- Eosinófilos: 0,02.
- Monocitos: 0,09.
- Exudado nasal: neumococo.
- Exudado faríngeo: flora normal.

La inmunidad humoral se estudia por medio de los complementarios siguientes (no se realizó IgA porque no teníamos los reactivos necesarios):

- IgG: 10,8 g/L (valor normal: 4,23-11,84 g/L), normal.
- IgM: 0,98 g/L (valor normal: 0,32-1,31 g/L), dentro de valores normales.

Para estudiar la inmunidad celular se le realizó la prueba de formación de roseta activa y espontánea para establecer un diagnóstico. Los resultados, que hablan a favor de una deficiencia de la inmunidad celular, son los siguientes:

- Roseta espontánea (RE): 69 % (valor normal: 64- 85 %); normal.
- Roseta activa (RA): 20 % (valor normal: 35-47 %); disminuida.

Otro análisis que pudo realizarse a esta paciente fue el estudio de subpoblaciones linfocitarias, a través de la citometría de flujo, pero no contamos con el equipamiento necesario para ello. Se le realizaron estudios de la función fagocítica, evaluando la fagocitosis mediante el índice opsono-fagocítico, el cual sugiere un retardo en la fagocitosis. Obtuvimos los resultados siguientes:

- T 15: 66 % (valor normal: 22,99-53,92 %).
- T 60: 24 % (valor normal: 6,63-28,43 %).

Por todo lo anterior, y en conjunto, determinamos que la paciente presentaba una parotiditis crónica recidivante con disminución de la inmunidad celular y un retardo en la fagocitosis. Se le indicó tratamiento con inmunomoduladores: levamisol en dosis de 2,5 mg/kg, semanal durante 3 meses; con vitamina B1 (50 mg), media tableta diaria; vitamina B6 (20 mg), media tableta diaria, ambas por 3 meses y clorfenamina (2 mg), una tableta diaria.

La paciente ha mejorado y ha presentado solo un evento inflamatorio desde que está con tratamiento y seguimiento.

## **DISCUSIÓN**

La parotiditis recidivante infantil (PRI) se caracteriza por episodios de tumefacción en la parótida, unilaterales o bilaterales, de duración variable y con intervalos de remisión. El diagnóstico puede confirmarse por sialografía, pues con este método se obtienen imágenes muy típicas. El procedimiento es molesto y en los niños menores de 6 años frecuentemente se requiere anestesia general.

La ecografía muestra también imágenes típicas, consistentes en aumento generalizado de volumen de la glándula, disminución global de la ecogenicidad y presencia de zonas redondeadas más hipoecoicas, a veces casi anecoicas, muy parecidas a las encontradas en nuestra paciente. Esta técnica no es invasiva ni molesta y puede realizarse en cualquier momento sin preparación previa del paciente. En la mayoría de los casos de PRI se obtienen imágenes ecográficas típicas, debidas probablemente a la infiltración glandular por linfocitos. El diagnóstico debe hacerse sobre bases clínicas y puede confirmarse por ecografía, con la ventaja de que permite identificar otras alteraciones, como procesos inflamatorios localizados, tumores, etc.<sup>8</sup>

Según varios autores, pueden estar asociados estos cuadros con alteraciones inmunológicas, las cuales favorecen que los procesos infecciosos de origen bacteriano y, en ocasiones, que las atopias persistan por los trastornos en la respuesta inmunitaria del hospedero,<sup>7-9</sup> como hemos visto en el caso presentado.

También es más frecuente en el sexo masculino, en edades escolares, aunque nuestra pacientes es del sexo femenino. La presencia de 4 o más episodios durante el año en los pacientes que presentan esta enfermedad coincide con lo revisado en la literatura médica.<sup>8</sup>

---

## SUMMARY

A 3-year-old female patient with swelling of both parotid glands that had presented various episodes of pain, unilateral or bilateral tumefaction and fever was seen at the diagnostic ultrasound department. She had been evaluated on several occasions by the pediatric department and had received multiple treatments with antibiotics. An ultrasound of soft tissues was indicated and she was assessed at the immunology service. A phagocytosis retardation and a reduction of cellular immunity were found. A treatment with immunomodulators and antihistamines was applied.

*Key words:* Chronic recurrent parotiditis, parotid echography, immunology.

---

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. López Díaz Z, Corral Varona J, Pérez-Fraile N. Parotiditis por *Streptococcus pyogenes*. Presentación de un caso. Rev Cubana Pediatr 1995;67(2):112-5.
2. Mandel L, Kaynar A. Recurrent parotitis in children N state. Dent J 1995;61(2):22-5.
3. Grevers G. Chronic recurrent parotitis in childhood. Laryngorhinootologie 1992;71:649-52.
4. Valentin M. Como estudiar un paciente con inmunodeficiencia primaria. Archivos Goldblatt D. El problema de las infecciones recurrentes: Pediatric Reviews. 1994;2:1-10.
5. Bap P. Serum autoantibodies in recurrent parotitis in children. Bratisl Lek Listy. 1995;96(7):384-8.
6. Estrada Sarmiento M. Parotiditis Crónicas Recidivantes. Nuestra experiencia. Rev Cubana Estomatol [en línea] 1998;35(2). (citado 1 de Diciembre 2006) Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol35\\_2\\_98/est03298.html](http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol35_2_98/est03298.html)
7. Liébana Ureña J. Microbiología Oral. 2 ed. Madrid: Editorial Mc Graw Hill Interamericana; 2002.
8. M. Nolasco A., Oxer S. A Ecografía y Sialografía en el diagnostico de la parotiditis recidivante infantil. Rev Médica Infantil [en línea] Disponible en: <http://www.drwebsa.com.ar/fhg/revista/vol01/vol01esp/parotiditis.htm>
9. Lochev RF, Bukantz S G. Enfermedades alérgicas e inmunológicas. Washington, DC: OPS; 1998. Pp. 59-66 (Publicación Científica: nr 153).

Recibido: 5 de diciembre de 2006. Aprobado: 16 de junio de 2007.

*Dra. Annia Esther Vives Iglesias.* Calle Ríos s/n, entre Máximo Gómez y Bohemia, Las Cañas, Boyeros. La Habana, Cuba.

Correo electrónico: [anniavives@infomed.sld.cu](mailto:anniavives@infomed.sld.cu)

**1 Especialista en Medicina General Integral. Instructora de la Facultad de Ciencias Médicas «Enrique Cabrera».**

**2 Especialista de I Grado en Inmunología. Instructora de la Facultad de Ciencias Médicas «Enrique Cabrera».**