

Aspectos clínicos y evolución de la parotiditis recurrente infantil

Clinical aspects and progression of recurrent parotitis of childhood

MSc. Carlos Evaristo Zamora Linares

Hospital Pediátrico Universitario "Hermandos Cordové". Granma, Cuba.

RESUMEN

Introducción: la parotiditis recurrente infantil es una enfermedad inflamatoria de las glándulas parótidas que se presenta con frecuencia en la práctica pediátrica.

Objetivo: describir algunos aspectos clínicos y la evolución de la parotiditis recurrente infantil en un grupo de niños atendidos en el Hospital "Hermandos Cordové" de Manzanillo, Granma, Cuba.

Métodos: estudio descriptivo y longitudinal. La población quedó constituida por 86 pacientes afectados por la enfermedad que fueron vistos de primera instancia entre los años 1990 y 2005. La información se obtuvo mediante la observación y la entrevista; se consideraron las variables siguientes: sexo, edad en la primera consulta, localización, edad al momento de remisión de la enfermedad, número de crisis, y estado funcional glandular al final del seguimiento. Se utilizaron métodos estadísticos descriptivos que incluyeron medidas de tendencia central y de dispersión. Se determinaron diferencias de medias y sus intervalos de confianza del 95 %.

Resultados: predominaron el sexo masculino (66,3 %), las edades entre 5 y 9 años (53,5 %) y la localización derecha (47,6 %). El tiempo promedio general entre la primera consulta y la remisión de las crisis fue de 3 años y medio, mientras que el promedio de crisis fue de 6,36.

Conclusiones: la evolución fue buena; al final del seguimiento todos los pacientes tuvieron una función glandular salival adecuada.

Palabras clave: parotiditis recurrente, glándulas salivales, niños.

ABSTRACT

Introduction: recurrent parotitis of childhood is an inflammatory disease of the parotid glands that frequently occurs in pediatric patients.

Objective: to describe some clinical aspects and the progression of recurrent parotitis of childhood in a group of children seen at "Hermanos Cordové" hospital, Manzanillo, Gramma province, Cuba.

Methods: longitudinal and descriptive study was conducted. The population was made up of 86 patients with the disease, who were seen from 1990 to 2005. The information was collected through observation and interview and the study variables were sex, age at the first medical appointment, location, age at the time of remission, number of crises and functional status of the glands at the end of the follow-up period. Summary statistic methods included central tendency and dispersion measures. Mean differences and their 95% confidence intervals were then determined.

Results: males (66.3 %), five to nine years of age patients (53.5 %) and right location (47.6 %). The average time elapsed from the first medical appointment to remission of crises was 3 and a half years whereas the average number of crises was 6.36

Conclusions: recovery was good. At the end of the follow-up period, all the patients showed adequate salivary gland function.

Keywords: recurrent parotitis, salivary glands, children.

INTRODUCCIÓN

Entre las enfermedades de las glándulas salivales que ocurren en la niñez se destaca, por su frecuencia, la parotiditis recurrente infantil (PRI), también llamada parotiditis recurrente juvenil. Esta afección se caracteriza por episodios repetidos de tumefacción y dolor en una o ambas glándulas parótidas, a veces con cierta toma del estado general, como consecuencia de un proceso sialectásico no obstructivo de índole benigna. Se plantea¹⁻³ que después de la parotiditis viral o "paperas", es la entidad que más afecta a estos órganos durante la infancia. La tendencia natural del padecimiento, en la mayoría de los casos, es hacia la curación en la medida que el paciente se acerca a la pubertad. Sin embargo, el carácter recurrente de los eventos inflamatorios, que a veces son aparatosos, casi siempre preocupa e intranquiliza a los padres, a la vez que puede desconcertar al médico si no está familiarizado con el cuadro clínico y el curso evolutivo que le caracterizan.

En el presente trabajo, cuyo objetivo es describir algunos de los rasgos clínicos y la evolución a de la PRI, se expone la experiencia obtenida durante el seguimiento de una población de pacientes pediátricos afectados por esta enfermedad. También se tratan aquí, de manera general, los aspectos relacionados con la etiología y los tratamientos propuestos, cuestiones aún no bien esclarecidas.

MÉTODOS

Se trata de un estudio observacional y descriptivo realizado sobre una muestra consecutiva de niños afectados por PRI, atendidos por primera vez entre los años 1990 y 2005, y seguidos evolutivamente en el servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Provincial Pediátrico Universitario "Hermanos Cordové" de Manzanillo, provincia Granma, Cuba. En esa etapa fueron vistos 97 pacientes, en los cuales se estableció el diagnóstico mediante el examen clínico y la ecografía.

El tratamiento se ajustó al cuadro clínico de cada caso, e incluyó uno o varios de los agentes y métodos terapéuticos siguientes: analgésicos, antiinflamatorios, antimicrobianos, emolientes, colutorios, y masajes u "ordeño" de la glándula. En 5 pacientes con crisis persistentes, se practicó la sialografía como método diagnóstico confirmativo a la vez que terapéutico.

Aunque las madres de los pacientes fueron convocadas a participar y persuadidas a colaborar hasta el final de la investigación, 11 no cumplieron con el protocolo establecido para el seguimiento, de tal manera que para los efectos del estudio la población quedó constituida por 86 pacientes. Para el chequeo y control evolutivo de los enfermos se establecieron, a partir de la primera visita, consultas mensuales que se fueron espaciando paulatinamente a períodos de 2, 3 y hasta 4 meses, de acuerdo con las características particulares de cada paciente.

Para la información se utilizaron fuentes primarias basadas en la observación de los casos y la entrevista directa a las madres. El método de recogida fue longitudinal, y se utilizó una planilla individual en la cual se asentaron los datos de interés para el estudio. Al cierre del año 2011 se había completado el seguimiento al último paciente, y se dio por concluida la etapa de recogida de la información.

Las variables utilizadas fueron: sexo, edad en la primera consulta, localización (derecha, izquierda, bilateral), edad al momento de remisión de la enfermedad, número de crisis al final del seguimiento, y estado funcional glandular al final del seguimiento. Considerar la primera consulta como punto de partida para registrar los datos, pudo generar cierto sesgo de registro si hubiese ocurrido algún episodio previo; de cualquier modo, si se hubiese considerado alguna etapa anterior a ese momento, también podía generarse un sesgo de información. La variable edad se operacionalizó en 2 formas: agrupada en 3 categorías (0-4 años, 5-9 años, 10 años o más), y mediante escala continua, en cuyo caso se consideraron los años cumplidos, más la fracción decimal formada al dividir los meses adicionales cumplidos, entre 12. Se consideró que la enfermedad había remitido, y por tanto, se dio por concluido el seguimiento cuando el paciente estuvo al menos un año asintomático de PRI. Para evaluar el estado funcional glandular, se colocó un estímulo gustativo en la cavidad bucal, y mediante maniobras repetidas de observación sobre el orificio de salida del conducto de Stenon, a veces complementadas con un suave masaje de la glándula, se comprobó la capacidad secretoria del órgano. Cuando fue visible la excreción de saliva de aspecto normal, se consideró buena la función.

El procesamiento y análisis de la información se basó en el estudio resumido de las frecuencias absolutas y relativas, a partir de las cuales se establecieron datos de asociación intervariables. Los métodos estadísticos empleados para las variables continuas se basaron en medidas de tendencia central y de dispersión. Se determinaron diferencias de medias y sus intervalos de confianza (IC) del 95 % (nivel de significación $[\alpha]= 0,05$). Las diferencias de medias se consideraron significativas cuando sus IC no incluyeron el valor 0.

RESULTADOS

En la población estudiada hubo franco predominio del sexo masculino (66,3 %). De acuerdo con la edad del paciente en la primera consulta, se observó la mayor frecuencia en el grupo etario de 5 a 9 años (53,5 %). Los pacientes con edad igual o mayor que 10 años representaron tan solo el 12,8 % (tabla 1). El límite inferior de edad de esta población, en la primera consulta, fue de 0,58 años (7 meses), mientras que el límite superior fue de 13 años.

Tabla 1. Distribución porcentual de los pacientes con parotiditis recurrente infantil, según el sexo y la edad en la primera consulta

Edad (en años) en la primera consulta (grupos etarios)	S e x o				Total	
	Masculino		Femenino			
	No.	%	No.	%	No.	%
0-4	19	22,1	10	11,6	29	33,7
5-9	27	31,4	19	22,1	46	53,5
10 o más	11	12,8	0	0,0	11	12,8
Total	57	66,3	29	33,7	86	100,0

En cuanto a la localización, las PRI predominaron en el lado derecho (57,6 %), frecuencia moderadamente superior a la encontrada en el lado izquierdo (38,4 %). Las formas bilaterales fueron poco frecuentes, representadas solo por 12 casos (tabla 2).

Tabla 2. Distribución porcentual y frecuencias acumuladas de parotiditis recurrente infantil, según su localización

Localización	P a c i e n t e s		Frecuencias acumuladas (%)
	No.	%	
Derecha	41	47,6	47,6
Izquierda	33	38,4	86,0
Bilateral	12	14,0	100,0
Total	86	100,0	100,0

La [tabla 3](#) ofrece un resumen de las características de la edad de esta población en la primera consulta y al ocurrir la remisión de las crisis. Al comparar los promedios de edad en ambos momentos, según la diferencia de medias, puede notarse que mientras mayor era la edad en que comenzó el padecimiento, hubo una tendencia a disminuir el período necesario para la remisión de las crisis. El promedio general de edad en la primera consulta fue de 5,87 años, mientras que para la remisión de las crisis fue de 9,37 años, para una duración promedio global de la enfermedad igual a 3 años y medio. La remisión más temprana se produjo en un paciente a los 3,75 años de edad, y la más tardía a los 16 años de edad.

Tabla 3. Resumen descriptivo de la edad en la primera consulta y la edad de remisión de parotiditis recurrente infantil, según los grupos de edad

Grupos de edad (en años)	No. de pacientes	E d a d		Diferencia de medias	IC 95 %
		Primera consulta (media ± DE)	Remisión (media ± DE)		
0-4	29	3,17±1,08	7,13±2,58	3,96	2,97-4,95
5-9	46	6,45±1,29	9,52±2,56	3,07	2,24-3,9
10 o más	11	10,72±0,96	13,6±1,66	3,0	1,88-4,11
Total	86	5,87±2,64	9,37±3,25	3,5	2,64-4,36

DE: desviación estándar, IC: intervalo de confianza del 95 %.

Los 86 pacientes aquí estudiados presentaron un total de 547 crisis. En correspondencia con el mayor número de sujetos en su categoría, el sexo masculino acumuló el mayor porcentaje (67,5 %). El promedio de crisis de los varones fue superior al de las hembras (6,47 *versus* 6,14), aunque esta diferencia (0,33) resultó estadísticamente no significativa (IC 95 %: -0,48- 1,09). El promedio global de crisis fue de 6,36 ± 1,94. El número menor de crisis en un paciente fue 3, mientras que el número mayor fue 13 ([tabla 4](#)).

Tabla 4. Número total y promedio de crisis de parotiditis recurrente infantil, según el sexo

Sexo	Número de crisis (%)	Media±DE	Min.	Max.	Dif. de medias	IC 95 %
Masculino (n= 57)	369 (67,5)	6,47±2,03	3	13	0,33	-0,48-1,09
Femenino (n= 29)	178 (32,5)	6,14±1,73	3	9		
Total (n= 86)	547 (100,0)	6,36±1,94	3	13		

DE: desviación estándar, min.: mínimo, max.: máximo, dif.: diferencia, IC: intervalo de confianza del 95 %, valor p de significación= 0,4.

DISCUSIÓN

La PRI es una afección que se presenta con frecuencia en la práctica pediátrica. Sus aspectos etiológicos no están del todo definidos, pues son diversos los factores causantes que se han invocado, entre los que cabe destacar, las infecciones bacterianas, los trastornos de hipersensibilidad, las malformaciones ductales, el déficit inmunitario y la herencia, entre otros.⁴⁻⁷

La recurrencia de los ataques es, tal vez, la condición más complicada y dramática de este padecimiento, pues afecta significativamente la calidad de vida de la persona, y hasta hoy no se reconoce algún tratamiento efectivo para evitarlo. Por tanto, resulta importante para el profesional de la salud estar familiarizado con los aspectos clínicos y evolutivos de la enfermedad, a fin de poder orientar adecuadamente al paciente y/o los padres.

Algunos informes^{1,2} señalan que la PRI es más frecuente en los varones. *Crespo* y otros² reportan que el 64 % de sus pacientes eran del sexo masculino, cifra muy cercana al 66,3 % encontrado en el presente estudio. Sin embargo, otras investigaciones⁵ señalan que la enfermedad afecta por igual a ambos sexos.

En cuanto a la edad de aparición de la enfermedad, las opiniones coinciden en que la mayoría de los casos se presentan por primera vez en los primeros años de la infancia.^{1,2,4-6} Así, en estudios como el de *Crespo* y otros,² el 60 % de los pacientes presentó los primeros síntomas entre los 2 y 6 años. Por su parte, *Valcárcel*⁵ informa que la edad promedio de la primera crisis fue de 3 años. En la presente investigación la edad media poblacional en la primera consulta fue 5,87 años; la edad promedio de inicio de la enfermedad podría ser algo menor, si se considera que, como se explicó en el método, antes de la primera visita pudo existir un número de crisis no registradas.

La localización más frecuente de este trastorno es unilateral (en el presente estudio, 86 % de los casos), sin que se reconozca predilección por alguno de los lados. Se plantea que las formas bilaterales son raras,⁸ lo cual contrasta con el estudio de *Valcárcel* y otros,⁹ en el cual se plantea que casi el 57 % de las PRI eran bilaterales.

En correspondencia con los criterios versátiles respecto a la etiología de la enfermedad, los métodos de tratamiento utilizado para la PRI son también variables, aunque todos van dirigidos a aliviar los síntomas a la vez que mejorar la función glandular. Entre los más utilizados se mencionan¹⁻³ los métodos conservadores basados en el uso de antibióticos, analgésicos y antiinflamatorios, así como el ordeño de la glándula y el uso de sialagogos. Otros procedimientos menos conservadores incluyen la sialografía,⁴ la dilatación e irrigación de los conductos, y más recientemente, la sialoendoscopia,^{7,10-13} que puede acompañarse de lavado ductal e instilación de diversas sustancias, como los esteroides^{3,6,7} y la toxina botulínica.^{10,13} Los procedimientos quirúrgicos, como la parotidectomía, que a veces se mencionan,¹⁴ son métodos demasiado radicales para ser considerados en edades pediátricas, salvo casos excepcionales.

El número de crisis es inconstante de uno a otro paciente. *Valcárcel* y otros⁵ informaron hasta 21 eventos inflamatorios en un mismo sujeto. Atendiendo a este reporte, el promedio global de crisis y su límite máximo de 13, encontrados en la presente investigación, resultan moderados.

El curso evolutivo de la enfermedad muestra un alargamiento paulatino de los períodos inter crisis y, en la mayoría de los casos, se produce la remisión cuando el paciente se acerca a la pubertad y la adolescencia.^{1,2,5} Si se tiene esto en cuenta, la edad promedio general de remisión de los síntomas en el presente estudio (9,37 años), puede considerarse un desenlace temprano.

En raras ocasiones puede haber daño permanente, como la atrofia parotídea, consecuencia del largo y repetido proceso de inflamación y reparación de los tejidos, que a la larga termina perjudicando la estructura y función glandular. Es obvio que tal situación está relacionada con el número e intensidad de las crisis. La población aquí estudiada tuvo un promedio de 6,36 crisis, algo inferior al promedio de 6,8 reportado por *Valcárcel* y otros.⁵ Al final del seguimiento, según la prueba realizada, todos los pacientes tenían una función glandular adecuada. Se reconoce que la sialografía es una prueba funcional salival de mayor sensibilidad, sin embargo, para este tipo de investigación en una serie larga de pacientes, su utilización como rutina sería poco razonable.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guimaraes J, de Melo J, de Moraes L, Rosa R, Kreich EM. El uso de sialografía en el diagnóstico y tratamiento de la parotiditis recurrente juvenil. Presentación de un caso. *Acta Odontológica Venezolana* [serie en Internet]. 2011 [citado 30 de septiembre de 2014]; 49(2). Disponible en: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2011/2/art12.asp>
2. Crespo MC, Bueno JC, Fernández N, Valle T, Capote A. Tratamiento de la parotiditis recurrente infantil. *AMC* [serie en Internet]. 2011 [citado 30 de septiembre de 2014]; 15(2). Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552011000200005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
3. Francis CL, Larsen CG. Pediatric sialadenitis. *Otolaryngol Clin North Am*. 2014; 47(5): 763-78.
4. Narsimha V, Putta JS, Kurthukoti AJ. Juvenile recurrent parotitis in children: diagnosis and treatment using sialography. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*. 2014; 32(3): 262-5.
5. Valcárcel J, Marsán V, Fernández M, del Valle L, Arce A. Evaluación inmunológica de pacientes con parotiditis recurrente. *Rev Cubana Hematol Inmunol Hemoter*. 2011; 27(3): 315-20.
6. Mikolajczak S, Meyer MF, Beutner D, Luers J. Treatment of chronic recurrent juvenile parotitis using sialendoscopy. *Acta Otolaryngol*. 2014; 134(5): 531-5.
7. Schneider H, Koch M, Künzel J, Gillespie MB, Grundtner P, Iro H, et al. Juvenile recurrent parotitis: a retrospective comparison of sialendoscopy versus conservative therapy. *Laryngoscope*. 2014; 124(2): 451-5.
8. Gupta M, Sundaresh K, Kandula S, Rathva V. Recurrent juvenile parotitis: a rare bilateral presentation. *BMJ*. 2014; (15): 136-9.

9. Valcárcel J, Marsán V, Fernández M. Caracterización clínica de la parotiditis recurrente en niños. Hospital Pediátrico "William Soler". Rev Haban Cienc Méd. 2011;10(1):19-26.
10. González-Granado L, Guillen-Fiel G. Recurrent parotitis: sialoendoscopy and botulinum toxin as alternatives. Indian J Dent Res. 2012;23(4):554-5.
11. Canzi P, Occhini A, Pagella F, Marchal F, Benazzo M. Sialendoscopy in juvenile recurrent parotitis: a review of the literature. Acta Otorhinolaryngol Ital. 2013;33(6):367-73.
12. Ardekian L, Klein H, Al Abri R, Marchal F. Sialendoscopy for the diagnosis and treatment of juvenile recurrent parotitis. Rev Stomatol Chir Maxillofac Chir Orale. 2014;115(1):17-21.
13. Kruegel J, Winterhoff J, Koehler S, Matthes P, Laskawi R. Botulinum toxin: A noninvasive option for the symptomatic treatment of salivary gland stenosis-a case report. Head Neck. 2010;32(7):959-63.
14. Zenk J, Koch M, Klintworth N, Iro H. Chronic recurrent parotitis. HNO. 2010;58(3):237-43.

Recibido: 21 de octubre de 2014.

Aprobado: 31 de octubre de 2014.

Carlos Evaristo Zamora Linares. Hospital Provincial Pediátrico Docente "Hermanos Cordové". Avenida 2da. Caymari y calle 2, reparto Caymari, municipio Manzanillo. Granma, Cuba. Correo electrónico: caza@grannet.grm.sld.cu