



Iatreia

ISSN: 0121-0793

ISSN: 2011-7965

Universidad de Antioquia

Ospina-García, Juan Camilo; Abello-Beltrán, Laura;
Bastidas-Rosas, Danielle; Cerón-Perdomo, Daniela
Parotiditis recurrente benigna de la infancia: experiencia en el
diagnóstico en un hospital de alta complejidad en Latinoamérica**
Iatreia, vol. 34, núm. 3, 2021, Julio-Septiembre, pp. 225-231
Universidad de Antioquia

DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.iatreia.107>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180568334007>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

UDEM [redalyc.org](https://www.redalyc.org)

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto



Parotiditis recurrente benigna de la infancia: experiencia en el diagnóstico en un hospital de alta complejidad en Latinoamérica

Juan Camilo Ospina-García¹, Laura Abello-Beltrán², Danielle Bastidas-Rosas³, Daniela Cerón-Perdomo⁴

RESUMEN

Objetivo: la parotiditis recurrente benigna de la infancia (PRBI) es una enfermedad de importancia clínica. Sin embargo, su diagnóstico puede no realizarse correctamente debido al desconocimiento de esta entidad. El propósito de este estudio es describir los aspectos clínicos fundamentales de esta condición y proponer un enfoque terapéutico simple.

Materiales y métodos: se realizó un análisis descriptivo de pacientes pediátricos con diagnóstico de parotiditis viral y PRBI entre los años 2008 y 2018, en el Hospital Universitario San Ignacio de Bogotá, Colombia.

Resultados: se encontraron 41 pacientes con diagnóstico de PRBI; de estos, el 51,2 % fueron de sexo femenino, con una edad media de 7,1 años. A 32 pacientes (78 %) con diagnóstico de PRBI se les realizaron imágenes diagnósticas, a pesar de que la tasa de complicaciones fue baja (19,5 %). El diagnóstico fue hecho por los servicios de pediatría y otorrinolaringología en el 80 % de los casos.

Conclusiones: hasta donde sabemos, este es el estudio con mayor número de pacientes con diagnóstico de PRBI en Latinoamérica. Es indispensable conocer esta enfermedad y tener en cuenta su curso benigno y pocas complicaciones, con el fin de destinar menos recursos en el uso de imágenes innecesarias y evitar el sobrediagnóstico de parotiditis por paramixovirus.

PALABRAS CLAVE

Niño; Paperas; Parotiditis

¹ Otorrinolaringólogo Pediatra, Hospital Universitario San Ignacio. Profesor Asociado-Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá D.C., Colombia.

² Fellow de otorrinolaringología pediátrica, Instituto Nacional de Pediatría, Ciudad de México, México.

³ Médica general, Cali, Colombia.

⁴ Residente de otorrinolaringología, Fundación Universitaria Sanitas, Bogotá D.C., Colombia.

Correspondencia: Laura Abello-Beltrán, lauraabello88@gmail.com

Recibido: octubre 15 de 2020

Aceptado: diciembre 11 del 2020

Cómo citar: Ospina-García JC, Abello-Beltrán L, Bastidas-Rosas D, Cerón-Perdomo D. Parotiditis recurrente benigna de la infancia: experiencia en el diagnóstico en un hospital de alta complejidad en Latinoamérica. *Iatreia*. 2021 Jul-Sep;34(3):225-31. DOI 10.17533/udea.iatreia.107.

SUMMARY

Benign recurrent parotitis of childhood: Experience in the diagnosis of the disease in a high complexity hospital in Latin America

Objectives: Benign recurrent parotitis of childhood (BRPC) is a clinically relevant disease in childhood. Its diagnosis, however, is usually not made due to the lack of knowledge regarding such a condition. The aim of this study is to describe the most relevant aspects of this condition and propose a simple therapeutic approach.

Materials and Methods: We did a descriptive analysis of pediatric patients diagnosed with viral parotitis and BRPC between 2008 and 2018, at the Hospital Universitario San Ignacio in Bogotá, Colombia.

Results: 41 patients with BRPC were included; 51.2% were female, with a mean age of 7.1 years. Thirty-two patients (78%) with diagnosis of BRPC underwent diagnostic imaging, despite the low rate of complications (19.5%). The diagnosis was made by otolaryngologists or pediatricians in 80% of the cases.

Conclusions: To our knowledge, this is the study with the largest number of BRPC cases in Latin America. It is essential to know about this disease and take into account its benign course and few complication rates, in order to avoid both wasting of resources in the use of unnecessary imaging and the overdiagnosis of mumps.

KEY WORDS

Child; Mumps; Parotitis

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades de las glándulas salivales incluyen etiologías inflamatorias, bacterianas, virales y neoplásicas. Su presentación puede ser aguda, recurrente o crónica (1). En la población pediátrica la parotiditis de origen viral es la principal causa de enfermedad de glándulas salivales. Sin embargo, tras la introducción de la vacuna triple viral (sarampión, rubeola y parotiditis), la incidencia de esta ha declinado sustancialmente (2). A pesar de esto, las causas infecciosas continúan siendo una etiología importante, sin dejar de lado las de origen inflamatorio (3).

La parotiditis recurrente benigna de la infancia (PRBI) es una condición inflamatoria recurrente, no obstructiva y no supurativa de la glándula parótida, de etiología desconocida y probablemente multifactorial (alérgica, herencia genética y manifestaciones autoinmunes) (4). En la mayoría de los casos, es una enfermedad recurrente con un promedio de 1 a 20 episodios al año. Los síntomas se resuelven espontáneamente en la pubertad (3).

El conocimiento sobre los diferentes tipos de parotiditis es indispensable en la práctica clínica pediátrica, teniendo en cuenta que esta, cuando es secundaria a la infección por paramixovirus, es un evento sujeto a vigilancia epidemiológica, de notificación obligatoria y de gran impacto en la salud pública. El objetivo de nuestro estudio fue realizar una descripción de los aspectos esenciales de la PRBI y presentar la experiencia en el diagnóstico de esta entidad en el Hospital Universitario San Ignacio, en Bogotá, Colombia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una búsqueda en el sistema de historias clínicas electrónicas del Hospital Universitario San Ignacio entre marzo del 2008 a marzo del 2018. Se tuvieron en cuenta los siguientes códigos de referencia CIE-10 al realizar la búsqueda: parotiditis sin complicaciones (B269), parotiditis infecciosa con otras complicaciones (B268), otras enfermedades de las glándulas salivales (K118), enfermedad de la glándula salival no especificada, hipertrofia de la glándula salival (K111), sialadenitis (K112), alteración de la secreción salival (K117) y absceso de glándula salival (K113). El estudio fue aprobado por el Comité de investigación y ética de la Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá.

Fueron incluidos todos los pacientes menores de 18 años cuyo cuadro clínico fuera compatible con la definición operativa de los casos de parotiditis del *Protocolo de vigilancia en Salud Pública - Parotiditis* realizado por el Instituto Nacional de Salud y el Ministerio de Salud de Colombia: "paciente con cuadro clínico agudo caracterizado por fiebre, cefalea, vómito, edema e inflamación unilateral o, bilateral, de las glándulas parótidas o salivales, de duración igual o mayor a dos días, sin otra causa aparente" (5).

El diagnóstico de la PRBI fue realizado por la presencia de 2 o más episodios de inflamación de una o ambas

glándulas parótidas, en presencia o no de dolor, fiebre o enrojecimiento de la piel alrededor de la glándula. A los pacientes que tuvieron una única consulta por afección de las glándulas salivales parótidas se les realizó una llamada telefónica para conocer la ocurrencia de nuevos episodios de síntomas posteriores al primero. Según esto, se valoraba su inclusión en el estudio con el diagnóstico de la PRBI. Los pacientes con un único episodio de afección de la glándula parótida se clasificaron como parotiditis y se tuvieron en cuenta como un grupo independiente en el análisis de los resultados.

Se recolectaron de las historias clínicas el sexo, la edad, tipo de consulta que habían realizado (urgencias o consulta externa), número de recurrencias al año, lateralidad de la enfermedad, signos, síntomas, imágenes diagnósticas, complicaciones y, en los casos de PRBI, se evaluó que se hubiera realizado un adecuado diagnóstico de esta entidad por parte del personal de salud.

Las anteriores variables fueron analizadas a través de medidas de tendencia central. Esas variables categóricas son presentadas mediante frecuencias y porcentajes, y las variables continuas, a través de medias y desviación estándar. El análisis estadístico se realizó con el programa Stata®, versión 14.

RESULTADOS

Se encontraron 454 pacientes con patologías de glándulas salivales. De estos, 265 eran elegibles para el estudio. Los 189 pacientes restantes se descartaron debido a que no cumplían con los criterios de inclusión. De los 265 se identificaron un total de 224 con un único episodio de parotiditis y 41 con diagnóstico de PRBI (Figura 1). De estos 41 pacientes, se presentaron en total 24 episodios, de los cuales, 13 fueron en mujeres y 11 en hombres.

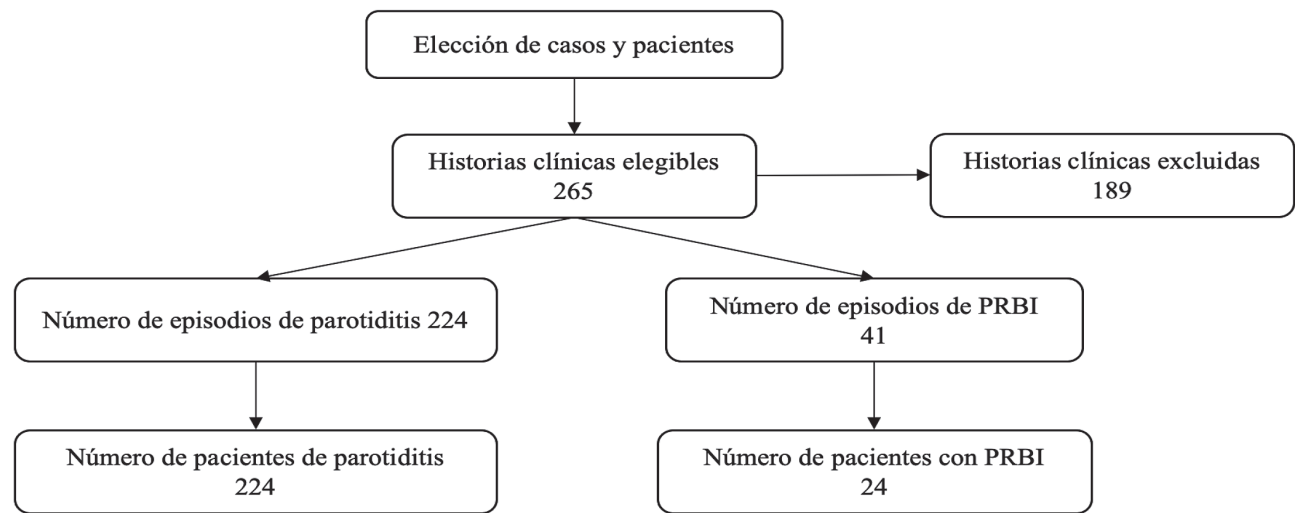


Figura 1. Flujograma de elección de los pacientes. Fuente: creación propia

La edad media de presentación para la PRBI fue de 7,1 (±) 4,4 años. Con respecto a los pacientes con un único episodio de parotiditis, encontramos que la media de las edades fue de 8,14 (±) 4,55 años, con igual distribución por sexo. Para ambas entidades, se halló que la mayoría de los niños consultaron en el servicio de urgencias: 23

(56 %) veces consultaron los pacientes con PRBI y 139 (62,05 %) con parotiditis. En frecuencia, el segundo sitio de contacto con los pacientes fue consulta externa, donde asistieron el 43,9 % con PRBI y el 37,9 % con parotiditis. Ningún sexo tuvo predominio en las entidades, ya que en PRBI el 51,2 % eran mujeres y en parotiditis el 50 %.

Con respecto a los síntomas, el 100 % de los pacientes con parotiditis y PRBI tuvieron edema; presentaron dolor el 86,17 % de sujetos con parotiditis y 82,92 % de sujetos con PRBI. La fiebre estuvo documentada en el 69,2 % en parotiditis y en el 43,9 % en PRBI (Tabla 1). Con respecto a la lateralidad, se encontró que un 56 % de los casos fue en el lado izquierdo y 44 % en el derecho.

En lo referente al diagnóstico por especialidad, encontramos que la mayoría de los casos de parotiditis fueron diagnosticados por pediatría y medicina general: 63,8 % y 23,2 %, respectivamente. En cuanto al diagnóstico de la PRBI, la mayoría fueron diagnosticados por otorrinolaringología y pediatría para un total de 39 % diagnosticado por cada una.

En la atención inicial, fueron solicitadas imágenes diagnósticas complementarias, especialmente ultrasonido, en el 54 % de los pacientes con diagnóstico de parotiditis y en el 78 % de los pacientes con PRBI.

Otras modalidades de imágenes que se solicitaron fueron tomografía computarizada (TC) 5,4 % en los pacientes con parotiditis y 4,9 % en aquellos con PRBI. En otros casos se realizó gammagrafía, sialografía o resonancia magnética nuclear de cuello (Tabla 2).

Se realizó un análisis de la pertinencia y utilidad de las imágenes en el diagnóstico de las complicaciones reportadas en las historias clínicas, tales como sobreinfección bacteriana o abscesos parotídeos. 5 pacientes (29,4 %) del grupo con PRBI presentaron complicaciones confirmadas con ultrasonido y en dos sujetos a quienes se les realizó TC, se confirmó la complicación sospechada. En contraste, a los pacientes a quienes se les realizó gammagrafía, sialografía y resonancia nuclear magnética mostraron cambios típicos atribuidos a la PRBI.

Las complicaciones fueron encontradas en un 21,9 % (49 episodios) de los pacientes con parotiditis y, 19,5 % (8 episodios) de aquellos con PRBI. La condición más frecuente en ambos grupos fue la sobreinfección, que se vio en un 17 % de los individuos con PRBI y en el 18 % de lo que presentaban parotiditis. De estos, el 7,3 % requirió manejo intrahospitalario. La siguiente en orden de frecuencia fue la formación de absceso, que se observó en el 5,1 % de aquellos con parotiditis y el 2,4 % de los diagnosticados con PRBI. Finalmente, el intervalo de recurrencia promedio de la PRBI fue de 4,19 meses.

Tabla 1. Hallazgos principales con respecto a los signos y síntomas de la parotiditis y PRBI

Síntoma	Diagnóstico parotiditis n = 224 casos	Diagnóstico PRBI n = 41 casos
Dolor		
Sí	139 (86,1 %)	34 (82,9 %)
Fiebre		
Sí	155 (69,2 %)	18 (43,9 %)
Edema		
Sí	224 (100 %)	41 (100 %)
Eritema		
Sí	155 (69,1 %)	18 (43,9 %)
Hiposecreción		
Sí	0 (0 %)	0 (0 %)

Fuente: creación propia

Tabla 2. Imágenes solicitadas

Imagen	Diagnóstico parotiditis	Diagnóstico PRBI
Ecografía		
Sí	113 (50,4 %)	17 (41,4 %)
Tomografía		
Sí	12 (5,3 %)	2 (4,8 %)
Gammagrafía		
Sí	(2,2 %)	1 (2,4 %)
Sialografía		
Sí	8 (3,5 %)	1 (2,4 %)

Total, de casos de parotiditis: 224, de PRBI: 41. Fuente: creación propia

DISCUSIÓN

La PRBI es la segunda causa de enfermedad de la glándula parótida en los niños, después de la parotiditis viral por paramixovirus (6). Se produce por una inflamación recurrente (2 o más episodios) de la glándula parótida, con curso autolimitado y de origen multifactorial. Se han propuesto como posibles etiologías la presencia de malformaciones congénitas ductales, factores genéticos, infecciones virales o bacterianas, alergias y manifestaciones locales de enfermedades autoinmunes (6). En nuestra institución, el reporte de PRBI correspondió al 9,67 % de las causas

de patología de la glándula parótida en menores de 18 años.

En la población pediátrica, la parotiditis ha sido históricamente vinculada con la infección por paramixovirus y, en ocasiones, no se tienen en cuenta otros posibles diagnósticos diferenciales de esta entidad (7). Por lo anterior, es indispensable tener en cuenta que la infección viral ocurre en epidemias, se propaga por gotas, no está asociada con antecedentes de recurrencias, y generalmente se acompaña de mayores síntomas constitucionales (6).

En nuestro estudio la edad de presentación fue en promedio de 7,1 años, semejante a los hallazgos de Ericson *et al.*, que describieron en su serie de casos de PBRI que la edad de presentación varía entre los 3 meses a los 16 años, más frecuentemente en edades tempranas y tiende a resolverse en la pubertad (3). Adicionalmente, identificamos predominio en las mujeres, contrario a lo previamente reportado, en donde se describe mayor incidencia en hombres (8).

Con respecto a la sintomatología, es esencial hacer un diagnóstico clínico certero. La mayoría de los pacientes presentaron dolor como principal síntoma para ambas entidades, hallazgo consistente con lo previamente descrito.(9) En cuanto a otros signos clínicos, es importante resaltar que en la parotiditis, la mayoría de los niños tuvieron fiebre (69,2 %), lo cual no ocurrió en la PRBI (43,9 %). Es indispensable tener en cuenta lo anterior, debido a que la parotiditis por paramixovirus es el principal diagnóstico diferencial de la PBRI.

Resaltamos que aquella se encuentra asociada con mayores síntomas constitucionales que la PRBI, tales como fiebre, malestar general, cefalea y escalofríos, mientras que la PBRI usualmente presenta síntomas locales y ocasionalmente fiebre (6,7). Una explicación para este fenómeno podría ser el hecho de que la parotiditis viral es de etiología infecciosa, mientras que la PRBI es inflamatoria y generalmente estéril.

En nuestro estudio, las dificultades en el diagnóstico de la PRBI se evidenciaron en que este fue realizado por 7 especialidades diferentes. El diagnóstico acertado de la PRBI fue identificado en el 80 % de los casos por otorrinolaringología y pediatría, seguidos de infectología pediátrica y cirugía maxilofacial; ninguna de las otras especialidades que diagnosticó la parotiditis identificó casos de PRBI.

En cuanto a las imágenes, se encontró que se solicitaron en el 78 % de los casos de PRBI, pese a que el diagnóstico es eminentemente clínico. La imagen más solicitada fue la ecografía, seguidas de tomografía, resonancia magnética, gammagrafía y sialografía. Estas pretendían identificar complicaciones, pero fueron realizadas en algunos pacientes que presentaban el curso esperado de la enfermedad.

Con relación a los sujetos con parotiditis de un único episodio, se evidenció un patrón similar en el uso de las imágenes al de la PRBI, ya que en una cantidad considerable se tomaron ecografías (imagen diagnóstica más frecuente), seguidas por la tomografía computarizada.

Vale la pena aclarar que a quienes se les solicitaron los estudios de gammagrafía y sialografía, previamente tenían una tomografía computarizada o ecografía. Todos los que presentaron complicaciones contaban con algún tipo de imagen. En todo caso, al igual que la PRBI, a muchos se les solicitó la imagen sin tener alteraciones asociadas.

Las complicaciones fueron menores en el grupo de la PRBI que en el de parotiditis, y la más frecuente fue la sobreinfección. A pesar de esto, la tasa de hospitalización por este diagnóstico fue tan solo del 7,31 %. Otra menos frecuente fue la formación de absceso. Por otro lado, se encontró un pico de complicaciones durante el cuarto episodio de la PRBI.

Las principales limitaciones de nuestro estudio consisten en ser uno de tipo descriptivo con recolección retrospectiva de los datos, limitándose las variables recolectadas a las descritas por el profesional de salud que valoró al paciente.

Por otro lado, no se realizaron estudios paraclínicos adicionales a los pacientes con parotiditis viral de único episodio para descartar posibles diagnósticos diferenciales. Salvo en los casos en quienes se tomaron ayudas imagenológicas, se tuvieron en cuenta para el diagnóstico, solamente síntomas y signos clínicos.

CONCLUSIONES

Este es el trabajo con mayor número de pacientes de PRBI en Latinoamérica. En él confirmamos la naturaleza benigna de la enfermedad y la baja tasa de

complicaciones cuando se compara con la parotiditis. Pese a que la PRBI es una patología relativamente frecuente, no es tan conocida entre los profesionales de la salud, lo que conlleva a que no se sospeche su diagnóstico y conduzca a la realización de estudios diagnósticos e intervenciones innecesarios. Esto acarrea un costo social y económico relevante sobre los pacientes y el sistema de salud.

Por otro lado, teniendo en cuenta que la parotiditis viral (paperas) es de notificación obligatoria ante las autoridades sanitarias, recomendamos estar atentos a los pacientes que presentan episodios recurrentes de inflamación de la glándula parótida y considerar como diagnóstico diferencial la parotiditis recurrente benigna de la infancia (PBRI). Esto permitirá tener registros estadísticos más certeros y evaluar apropiadamente el impacto de la vacunación antiviral

específica. Adicionalmente, la correcta identificación de esta entidad puede llevar a disminuir los gastos en exámenes paraclínicos y estudios imagenológicos innecesarios, teniendo en cuenta la naturaleza autolimitada de la enfermedad.

Con el fin de facilitar el manejo de los pacientes con la PBRI, compartimos nuestro algoritmo institucional de manejo que puede ser realizado por profesionales de servicios primarios. (Figura 2). Este consiste en la administración de analgesia, sialogogos, masajes, calor húmedo local y administración de prednisolona oral con una dosis única (o máximo por 3 días) de 1 mg/kg/día durante el episodio agudo. El uso de antibióticos debe restringirse a casos confirmados de sobreinfección bacteriana. Es fundamental tener en cuenta que las imágenes estén reservadas para pacientes en quienes se sospeche la existencia de complicaciones.

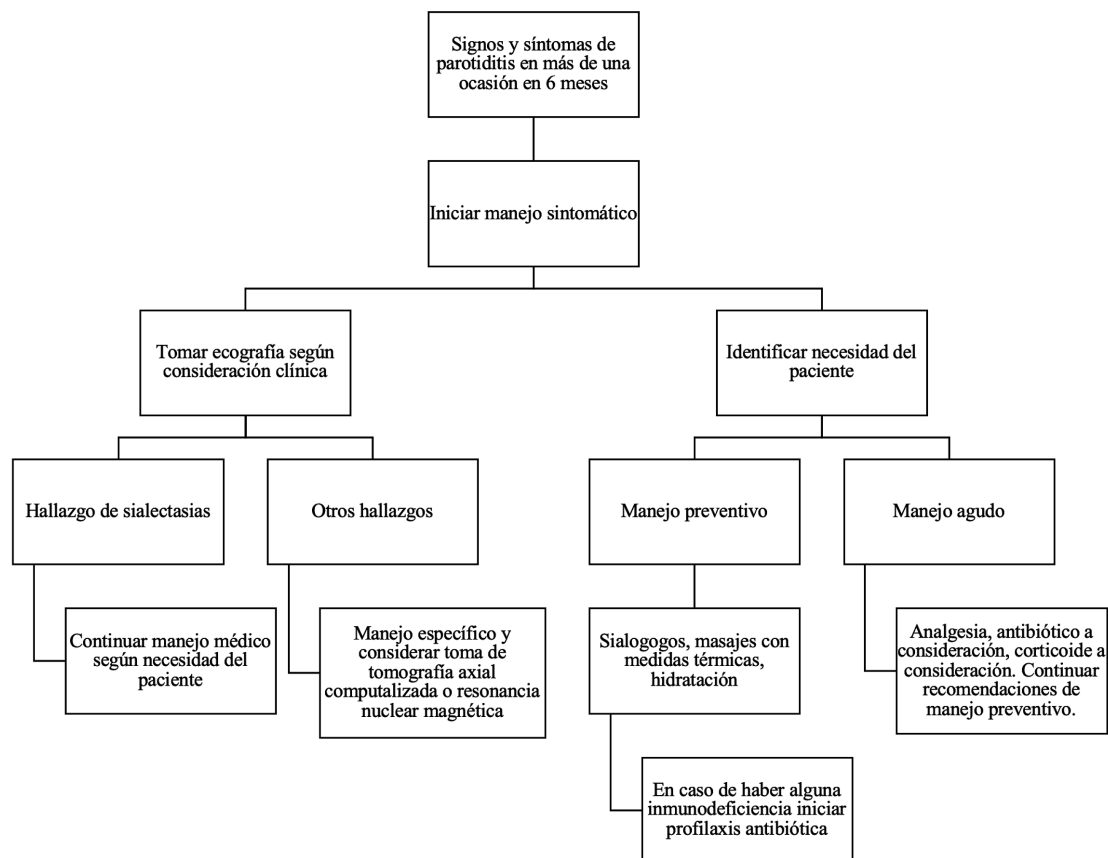


Figura 2. Esquema del diagnóstico y tratamiento de la PBRI. Fuente: creación propia

CONFLICTOS DE INTERESES

Ninguno por declarar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wilson KF, Meier JD, Ward PD. Salivary Gland Disorders. *Am Fam Physician*. 2014;89(11):882-8.
2. Snijders BE, van Lier A, van de Kasstele J, Fanoy EB, Ruijs WL, Hulshof F, et al. Mumps vaccine effectiveness in primary schools and households, the Netherlands, 2008. *Vaccine*. 2012 Apr 19;30(19):2999-3002. DOI 10.1016/j.vaccine.2012.02.035.
3. Ericson S, Zetterlund B, Ohman J. Recurrent parotitis and sialiectasis in childhood. Clinical, radiologic, immunologic, bacteriologic, and histologic study. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 1991 Jul;100(7):527-35. DOI 10.1177/000348949110000702.
4. Singh P, Gupta D. Juvenile Recurrent Parotitis. *Indian J Pediatr*. 2019;86(8):749.
5. Martínez MLO, Alvarado FEP, Acero DMW, Bonilla HQ. Protocolo de vigilancia en Salud Pública Parotiditis. Ministerio de Salud de Colombia. 2017.
6. Sitheeque M, Sivachandran Y, Varathan V, Ariyawardana A, Ranasinghe A. Juvenile recurrent parotitis: clinical, sialographic and ultrasonographic features. *Int J Paediatr Dent*. 2007 Mar;17(2):98-104. DOI 10.1111/j.1365-263X.2006.00804.x.
7. Nahlieli O, Shacham R, Shlesinger M, Eliav E. Juvenile recurrent parotitis: a new method of diagnosis and treatment. *Pediatrics*. 2004 Jul;114(1):9-12. DOI 10.1542/peds.114.1.9.
8. Leerdam CM, Martin HC, Isaacs D. Recurrent parotitis of childhood. *J Paediatr Child Health*. 2005 Dec;41(12):631-4. DOI 10.1111/j.1440-1754.2005.00773.x.
9. Chitre VV, Premchandra DJ. Recurrent parotitis. *Arch Dis Child*. 1997 Oct;77(4):359-63. DOI 10.1136/adc.77.4.359.

