

## Caso clínico: Un tratamiento alternativo a la parotiditis crónica

### Clinical case: An alternative treatment for chronic parotitis

Rodrigo Arregui V<sup>1</sup>, Natalia Tamblay N<sup>2</sup>, Patricia Esquivel C<sup>1</sup>.

#### RESUMEN

*La parotiditis crónica conocida también como parotiditis juvenil recurrente, se define como la inflamación recurrente de la glándula parótida, asociada a la aparición de sialectasias o dilataciones no obstructivas de los conductos glandulares. Como tratamiento se emplea habitualmente la sialografía que tiene una tasa de éxito que va de 62% a 94%. Se presenta aquí un caso de un niño de 4 años de edad con parotiditis crónica, que persiste con episodios de parotiditis, pese a la realización de dos sialografías con un intervalo de 1 año entre ambas. Se decide inyectar violeta genciana, procedimiento que no tuvo complicaciones, después de la inyección remitió la enfermedad.*

**Palabras clave:** Parotiditis crónica, violeta genciana, sialografía.

#### ABSTRACT

*Chronic parotitis, also known as juvenile recurrent parotitis, is defined as the recurrent inflammation of the parotid gland, associated to the appearance of sialectasis or non-obstructive dilation of the glandular ducts. Sialography is regularly employed as a treatment, with success rates ranging between 62 and 94%. Here we present the case of a 4 year old child with chronic parotitis, that persisted with parotitis episodes despite having two sialographies performed, with one year interval between them. We decided to inject methyl violet, a procedure that was carried out without any complications; and the disease resolved shortly after the injection.*

**Key words:** Chronic parotitis, methyl violet, sialography.

<sup>1</sup> Médico, Servicio de Otorrinolaringología Hospital Barros Luco.

<sup>2</sup> Médico Epidemiólogo, Servicio de Salud Metropolitano Central.

## INTRODUCCIÓN

La parotiditis crónica conocida también como parotiditis juvenil recurrente, se define como la inflamación recurrente de la glándula parótida, asociada a la aparición de sialectasias o dilataciones no obstructivas en los conductos glandulares<sup>1</sup>. Los episodios de parotiditis suelen iniciarse entre los 3-6 años de edad, duran entre 4 y 7 días, y se caracterizan por dolor, aumento de volumen e induración de las parótidas, fiebre, compromiso del estado general y disminución del flujo salival<sup>2</sup>.

Si bien la incidencia es desconocida y sólo existen reportes de series de casos, se sabe que es la segunda causa de inflamación de las glándulas parótidas después de la parotiditis aguda viral o paperas. La afectación es unilateral en la mayoría de las ocasiones con un predominio por el sexo masculino<sup>2</sup>, la resolución de los episodios se produce en el 90% de los casos antes de la pubertad<sup>3</sup>.

Entre los agentes microbiológicos involucrados en esta patología, se encuentran el *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* y *Streptococcus viridans*<sup>2,4</sup>.

La patogénesis de esta enfermedad está en discusión pero se postula como mecanismo etiopatogénico, la disminución del flujo salival, que lleva a una metaplasia del epitelio ductal, con el consecuente aumento de la secreción de mucus, que predispondría a infecciones ascendentes. Algunos autores han señalado que podría estar involucrada además una malformación congénita estructural de la glándula<sup>1</sup>. Se ha identificado su asociación con la enfermedad de Sjögren, con el aumento de anticuerpos antinucleares, con la infección por HIV y con la hipogamaglobulinemia<sup>2</sup>.

Histológicamente hay un estado inicial con infiltración de linfocitos alrededor del ducto intralobular y metaplasia del epitelio ductal dando origen a un epitelio cilíndrico pseudoestratificado; el estado avanzado se caracteriza por destrucción del parénquima, aumento del tamaño del lumen ductal y folículos linfoides, cambios similares a los de otros desórdenes del sistema linfático asociado a mucosa (MALT)<sup>1,5</sup>.

En la actualidad, el diagnóstico se hace en base a la historia clínica y se confirma con la sialografía que muestra la imagen típica de "ciruelo en flor" que corresponde a la sialectasia punctata (con

áreas de contraste <1 mm) y globular (de 1 a 3 mm)<sup>1</sup>, bien delimitadas, redondas, múltiples y extensas<sup>2</sup>. Es discutible si el tamaño de las áreas de contraste determinan la evolución de la enfermedad<sup>1</sup>. Se utiliza también el ultrasonido que muestra los focos de sialectasia visibles en la sialografía, como múltiples áreas hipoecogénicas, algunos grupos prefieren el uso de la ecografía porque no es invasiva y permite descartar cálculos, abscesos u otras masas locales. La tomografía axial computada (TC), la resonancia magnética (RM) y la sialografía nuclear magnética pueden ser útiles para completar el estudio de masas<sup>2</sup>.

Como tratamiento para el episodio agudo se recomiendan antibióticos tales como amoxicilina asociada a ácido clavulánico (ya que la infección por *Staphylococcus aureus* es poco frecuente), sialogogos, analgésicos y masaje local.

Como tratamiento definitivo las alternativas disponibles son:

- Sialografía: existe evidencia respecto a que la instilación intraductal de solución yodada previene la recurrencia de este cuadro. En un estudio retrospectivo realizado por Shacham y cols. en Israel, con 61 pacientes, se observó una regresión en el 94% de los pacientes, después de la sialografía<sup>6</sup>. En un estudio retrospectivo realizado en Chile con 50 pacientes se observó una regresión del 62% de los casos, en 60% se observó cambios estructurales de la glándula parótida en la sialografía de control<sup>4</sup>. Respecto a las hipótesis que se han planteado para este resultado están el lavado, dilatación y acción antiséptica que puede tener el yodo.
- Instilación intraductal de metil-violeta (violeta de genciana): La inyección de metil-violeta ha sido utilizada en China desde los años 60. Zou y cols. trataron con instilación intraductal de metil-violeta al 1% a 7 pacientes con parotiditis crónica que habían sido diagnosticados con sialografía y que no respondían a un tratamiento conservador, de éstos, ninguno presentó recidiva después del procedimiento<sup>7,8</sup>. En el año 1998 Wang y cols. presentaron un estudio en el que a 16 pacientes con parotiditis crónica se les instiló metil-violeta después de realizado el diagnóstico con sialografía, después de lo cual las imágenes demostraron atrofia glandu-

lar en la totalidad de los pacientes, ninguno recidivó, ni presentó reacción adversa al medicamento<sup>9</sup>. En otro estudio, Khang y cols. inyectaron metil-violeta a perros, observando que 9 meses después de la instalación se produce una atrofia de la glándula, con remplazo del tejido glandular por tejido conectivo, no se observaron cambios histológicos en otros órganos<sup>10</sup>.

- Hidrocortisona intraglandular: En el año 2004, Nahlieli y cols. publicaron un estudio en 26 niños, a los que se les confirmó el diagnóstico de parotiditis crónica con sialografía, y que fueron tratados luego con lavado y posterior inyección intraglandular de hidrocortisona, de estos niños 8% presentó recurrencias después del procedimiento<sup>11</sup>.
- Tetraciclina intraductal: se ha probado en conejos, en los que se ha demostrado que por los efectos citotóxicos de ésta, se produce atrofia glandular.
- Radioterapia: no se recomienda por sus reacciones adversas<sup>2</sup>
- Parotidectomía: es la última opción, si bien es curativa, tiene el riesgo de lesión del nervio facial. Se puede realizar una parotidectomía superficial, total o semitotal, esta última consiste en la remoción del lóbulo superficial de la parótida, incluyendo el tejido entre las ramas del nervio facial. Al analizar varios estudios, se observa que la parotidectomía tiene una recurrencia entre 0% y 20%, con un promedio de 8,4%, siendo más frecuente cuando se realiza parotidectomía superficial. Una paresia del nervio facial se encontró en 30% en parotidectomía superficial y en 34% en parotidectomía semitotal. La parálisis facial permanente ha sido descrita en dos estudios con una frecuencia del 8,5%<sup>8</sup>.
- Neurectomía timpánica: Tiene como objetivo, reducir la secreción de la glándula parótida mediante la división de las fibras parasimpáticos del plexo timpánico. Según algunos autores esta técnica puede fracasar, ya que la glándula puede obtener estimulación parasimpática de la cuerda del tímpano o de fibras parasimpáticas que acompañan a la arteria maxilar interna, de cualquier modo es posible constatar que la glándula parótida disminuye su tamaño después de este procedi-

miento. Un estudio de Vassama y cols. con esta técnica, mostró que 25% de los pacientes estaban asintomáticos al año de seguimiento. Como complicación algunos pacientes presentaron perforación timpánica. Otro estudio muestra una eficacia de hasta 75%<sup>8</sup>.

- Cirugía ductal: Ligación ductal o ductoplastia, su base teórica es que el flujo retrogrado es capaz de inducir atrofia de la glándula, destruyendo el tejido secretor. Daimant y cols. obtuvieron 61% de éxito con la ligación ductal para impedir recurrencias. Suleiman y col. obtuvieron un éxito del 66%. A aquellos pacientes que no lograron recuperarse se les practicó parotidectomía. Esta técnica tiene la desventaja de perjudicar a los pacientes con una buena función glandular medida con sialometría<sup>8</sup>.

## CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de un niño de 2 años de edad, con antecedente de OMA a repetición, que consultó por episodios de aumento de volumen parotídeo alternante, asociado a otalgia de un año de evolución. Al examen físico se aprecia aumento de volumen parotídeo derecho.

Se solicita ecografía parotídea que informa glándulas parótidas levemente aumentadas de espesor con un trastorno de la ecoestructura caracterizado por áreas micronodulares hipocogénicas dispersas en ambas glándulas, con pequeñas adenopatías intra y extraparotídeas. Las glándulas submaxilares se observan normales, sin dilatación patológica de conductos. Conclusión: Ecografía compatible con parotiditis crónica bilateral (Figuras 1 y 2).

El estudio continúa con sialografía bilateral. Un año después de realizada la sialografía, la madre del paciente refiere que continúan los episodios de parotiditis a repetición. Se solicita nuevamente sialografía bilateral, se realiza primero la sialografía de la glándula parótida derecha. Con la estimulación manual de la parótida se observa salida de escasa saliva de aspecto normal. La sialografía se realiza con lipiodol extrafluido. Como resultado se aprecia ensanchamiento del ducto parotídeo intraglandular con sialodocoestasia, estrechamiento del conducto y numerosas sialectasias. Posterior a la estimulación



Figura 1.

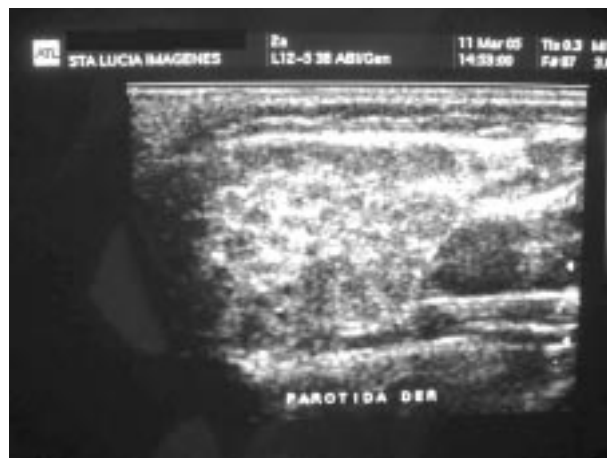


Figura 2.

ácida no se observa contraste. Diagnóstico: Parotiditis crónica recurrente (Figura 3). Seis días después se realiza la sialografía de la parótida izquierda. A la estimulación manual de la parótida se observa salida de pus, seguido de saliva escasa y espesa. En la sialografía se observó múltiples silencios ductales, imagen nubosa con sialectasias múltiples (imagen de árbol florido), luego de una hora se aprecia gran remanencia de líquido de contraste. Diagnóstico: Parotiditis crónica recurrente inespecífica bacteriana observación en etapa aguda (Figura 4).

Posterior a la segunda sialografía persistieron los episodios de parotiditis, una a tres veces al mes con salida de secreción purulenta por el conducto

parotídeo, por lo que se decide realizar inyección con violeta genciana estéril, a través del conducto parotídeo izquierdo. Se realiza el procedimiento sin incidentes, después de lo cual se produjo gran reacción inflamatoria parotídea izquierda.

Desde el procedimiento con violeta genciana a la fecha, han pasado 5 meses y el paciente no ha presentado ningún episodio de parotiditis.

## DISCUSIÓN

En este caso los episodios de parotiditis crónica ocurrieron precozmente al comparar la edad de presentación en este caso con la que aparece en la

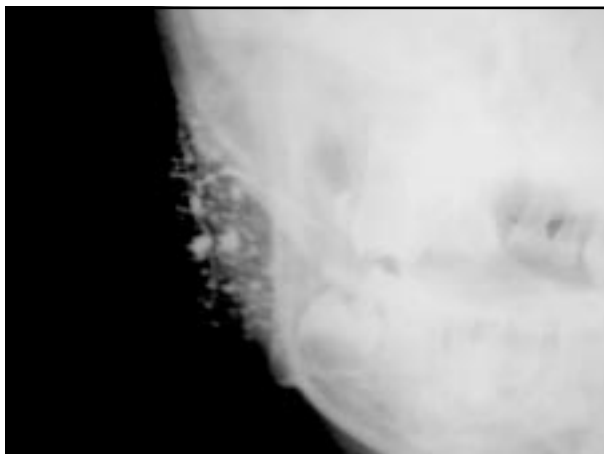


Figura 3.

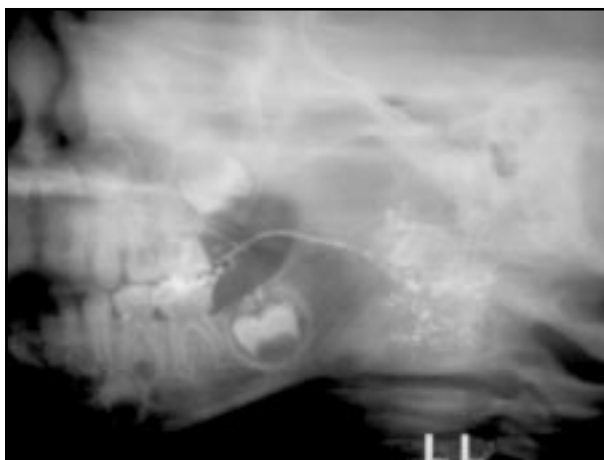


Figura 4.

literatura, además ocurren en forma bilateral, lo cual también implica mayor severidad del cuadro<sup>2</sup>. La frecuencia de los casos alteró en forma importante la calidad de vida del paciente. Tanto la ecografía como la sialografía fueron compatibles con parotiditis crónica.

La sialografía como método terapéutico tiene una tasa de éxito que va de 62% a 94%. En este caso, pese a la realización de dos sialografías, con un intervalo de un año, no presentaron una respuesta favorable.

La experiencia con la inyección de metil-violeta, proviene fundamentalmente de China, donde es utilizada desde los años 60' como tratamiento de la parotiditis crónica. En este caso, este tratamiento

fue exitoso, lo cual es concordante con lo encontrado por Zou y cols, quienes obtuvieron un éxito de 100% en pacientes con parotiditis crónica, que habían sido diagnosticados con sialografía<sup>7,8</sup>. Cabe mencionar también que este procedimiento es además seguro, ya que no se presentaron complicaciones en este caso, ni han sido reportadas en la literatura.

Llama la atención que pese a que la inyección con violeta genciana, se realizó sólo a través del conducto parotídeo izquierdo, remitió la enfermedad a ambos lados.

Si bien, es recomendable la sialografía como tratamiento para la parotiditis recurrente ya que es diagnóstica y terapéutica a la vez, es útil

considerar la inyección con violeta genciana para los casos en que la sialografía no logra remitir los síntomas, ya que esta es efectiva y no conlleva riesgos adicionales.

### BIBLIOGRAFÍA

1. CHITRE VV, PREMCHANDRA DJ. Recurrent parotitis. *Arch Dis Child*. 1997 Oct; 77(4): 359-63.
2. LEERDAM CM, MARTIN HC, ISAACS D. Recurrent parotitis of childhood. *J Pediatr Child Health*, 2005 Dec; 41(12): 631-4.
3. TAPIA L, DEL RÍO G, PICAZO B, RUIZ JA, BADARACCO M. Parotiditis recurrente. *An Pediatr* 2004; 60: 85-6.
4. LANDAETA M, GIGLIO S, ULLOA MT. Aspectos clínicos, etiología microbiana y manejo terapéutico de la parotiditis crónica recurrente infantil (PCRI). *Rev chil pediatr*, jun. 2003, vol.74, Nº 3, pp. 269-76.
5. USSMÜLLER J, DONATH K. Clinical, histopathologic and immunohistochemical studies of chronic sialectatic parotitis in childhood and adolescence. *Klin Padiatr* 1999 May-Jun; 211(3): 165-71.
6. SCHACHAM R. Juvenile Recurrent Parotitis-Sialoendoscopic Treatment. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* 2006; 64(9): 91.
7. ZOU ZJ. Chronic obstructive parotitis: a report of 92 cases. *Zhonghua Kou Qiang Yi Zue Za Zhi*. 1992 Jul; 27(4): 200-2.
8. MOTAMED M, LAUGHARNE D, BRADLEY PJ. Management of chronic parotitis: a review. *J Laryngol Otol* 2003 Jul; 117(7): 521-6.
9. WANG S, LI J, ZHU X, ZHAO Z, SUN T, DONG H, ZHANG Y. Gland atrophy following retrograde injection of methyl violet as a treatment in chronic obstructive parotitis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1998; 85(3): 276-81.
10. ZHANG G, ZHANG Z, ZOU Z. Experimental study of parotid gland injected with gentian violet. *Zhonghua Kou Qiang Yi Xue Za Zhi*. 1998; 33(6): 338-40.
11. NAHLIELI O, SHACHAM R, SHLESINGER M, ELIAV E. Juvenile Recurrent Parotitis: A New Method of Diagnosis and Treatment. *Pediatrics* 2004; 114(1): 9-12.
12. BOWLING DM, FERRY G, RAUCH SD, GOODMAN ML. Intraductal tetracycline therapy for the treatment of chronic recurrent parotitis. *Ear Nose Throat J* 1994 Apr; 73(4): 262-74.