



Enfoque y tratamiento actual de la parotiditis recurrente. Revisión sistemática de la literatura

The current approach to recurring parotitis and its treatment. A systematic review of the literature

Julián Alejandro Ramírez Osorio, MD* , Alberto Peña Valenzuela, MD* *

RESUMEN

***Objetivos:** realizar una revisión de la literatura actual en cuanto a etiología, enfoque médico, diagnóstico y tratamiento de la parotiditis recurrente.*

***Metodología:** búsqueda en Pubmed desde 2000 hasta enero 2010, con revisión de artículos relevantes por su casuística, opciones terapéuticas o diagnósticas innovadoras y diseño metodológico adecuado.*

***Resultados:** se hallaron 69 artículos, de los cuales se seleccionaron 35.*

Se aclaran mecanismos etiopatogénicos de la enfermedad como inflamación, infección, deshidratación y eventos que promueven la recurrencia. El diagnóstico de la enfermedad se basa en la recurrencia del cuadro. Se describe el diagnóstico diferencial y priorización en los paraclínicos de apoyo. Las imágenes recomendadas son en primer lugar la ecografía de alta resolución, seguida de la sialografía, que provee diagnóstico y según algunos autores tratamiento. Las últimas tendencias involucran la sialografía por RMN y por TAC. El tratamiento de la etapa aguda continúa siendo el uso de antibióticos contra gram positivos, antiinflamatorios esteroideos y no esteroideos, hidratación y alimentos con capacidad sialogoga. Para el manejo de las recurrencias se plantea manejo conservador discutiendo

* Residente III, Universidad Nacional de Colombia.

** Profesor asociado Universidad Nacional de Colombia.
Servicio Otorrinolaringología, Universidad Nacional de Colombia.
Departamento de Cirugía.

Correspondencia:

Julián Alejandro Ramírez
julian-medico@hotmail.com

Recibido: 18-I-2010

Aceptado: 01-II-2010

el uso de antibióticos, sialografía, y diversas estrategias de ablación no quirúrgica y la sialo endoscopia. El tratamiento quirúrgico queda reservado para casos de alta recurrencia, planteándose la parotidectomía y la denervación parasimpática mediante neuronectomía del nervio de Jacobson.

Conclusiones: *la parotiditis recurrente presenta nuevas estrategias diagnósticas y terapéuticas, que deben ser seguidas para construir en poco tiempo un manejo ideal de esta patología.*

Palabras clave: *parotiditis crónica, parotiditis recurrente, diagnóstico, tratamiento.*

ABSTRACT

Objectives: *To conduct a review of the current literature as far as the etiology, medical approach, diagnoses and treatment for the recurrent parotitis is concerned.*

Methodology: *a search in Pubmed from 2000 to 2009 was performed. All articles that were relevant due to the causes, therapeutic or innovative diagnose options and the appropriate methodological design, were revised.*

Results: *69 articles were found, 33 of which were selected. Some etiopathogenic mechanisms of the disease such as inflammation, infection, dehydration and those events promoting recurrence were clarified. Diagnosing the disease is done based on the recurrence rate of the chart. The differential diagnose as well as the prioritization are described in the supporting paraclinical procedures. The recommended images are a high resolution ultrasound scan, followed by a sialography, which diagnoses and treats according to some authors. The latest trends involve a sialography by RMN and TAC. The treatment continues to be using antibiotics against great positive, non-steroidal and steroidal anti-inflammatory drugs, hydration and foods that have great sialogogue ability during the acute phase. In order to handle recurrences a conservative management is suggested by discussing using antibiotics, a sialography, as well as several other non-surgical ablations and the endoscopic sialography. Surgical treatment is then reserved for those cases that have a great recurrence rate. A parotidectomy surgery as well as the parasympathetic denervation by means of the neuronectomy of the Jacobson nerve has been suggested treatments.*

Conclusions: *recurrent parotitis has exhibited new diagnosing and therapeutic strategies that need to be followed in order to construct, in a short period of time, an ideal management for this pathology*

Key words: *chronic parotitis, recurrent parotitis, diagnosis, treatment.*

INTRODUCCIÓN

La parotiditis recurrente (PR) se define como la inflamación repetitiva de la glándula parótida, generalmente asociada a sialectasis no obstructiva (1). Su otra denominación es parotiditis recurrente juvenil, y su presentación clínica consiste en edema y dolor de glándulas parótidas especialmente unilateral, acompañando de fiebre y malestar general. Su etiología es aun no aclarada (1), pero se postulan múltiples teorías que en la mayoría de los casos involucran causas no obstructivas con sialectasis distal o procesos sistémicos como deshidratación o malnutrición como favorecedores de la patología.

METODOLOGÍA

Búsqueda en Pubmed utilizando como palabras clave *Chronic Parotitis OR Recurrent Parotitis*, usando como límites artículos desde 2000 hasta enero 2010, con revisión de artículos relevantes por su casuística, diseño metodológico adecuado, opciones terapéuticas o diagnósticas innovadoras.

RESULTADOS

Resultados: Se hallaron 69 artículos, de los cuales se seleccionaron 35. De los encontrados dos fueron en chino y dos en alemán, los cuales fueron traducidos.

EPIDEMIOLOGÍA

Es una patología poco frecuente que afecta especialmente a niños y adolescentes, pero también puede afectar a adultos (1). Su incidencia no es clara en los artículos publicados, y su distribución por género es igual en hombres y mujeres si su inicio es en la infancia. Si su presentación es en la edad adulta su relación hombre:mujer es de 1: 7.5. El cuadro clínico es persistente en el 4% de los niños afectados y en el 40% de los adultos. La mejoría espontánea se presenta aproximadamente en la mitad de los adultos y en el 64 a 95% de los niños (1, 2, 28, 34).

ETIOPATOGENIA

Algunos autores postulan que su patología es idiopática y controversial (3) y otros postulan las siguientes teorías usualmente la siguiente secuencia de eventos (1).

1. Leve inflamación del epitelio ductal causado por sialectasis secundaria a deshidratación o estados de debilidad general.
2. Distorsión de la estructura ductal distal, con metaplasia y alteración del epitelio.
3. Excreción excesiva de moco.

El mecanismo descrito desencadena sialectasis global, con disminución del flujo salival global, especialmente distal, desencadenando edema e inflamación ductal, con lesión glandular progresiva. La inflamación descrita es vista histopatológicamente como infiltración de ductos intralobulares por linfocitos, que son los encargados de lesionar el retículo ductal, extravasación de la secreción al parénquima glandular y perpetuación de la inflamación (4). El debilitamiento progresivo de tejido conectivo perilobulillar, provoca fragmentación y lesión ductal, visualizada en la sialografía como el patrón punteado (sialadenitis puntata).

Entre las teorías se ha planteado también la etiología congénita, consistente en alteraciones del árbol ductal, que pueden relacionarse con bronquiectasias, pancreatitis crónica o presentarse solas.

Uno de los factores relacionados más fuertes son las parotiditis previas, siendo este antecedente un factor promotor o causal aún no aclarado.

La etiología obstructiva ha sido aclarada gracias a estudios histopatológicos de especímenes quirúrgicos de parotidectomía,

encontrando sialolitiasis en aproximadamente 23% de los casos que requirieron este procedimiento, el cual se reserva para casos severos y persistentes (5).

También desde décadas pasadas se ha planteado la inmunosupresión como factor causal o promotor, pese a que no se ha demostrado con suficiente evidencia dicha relación. Otros factores relacionados postulados han sido las alergias respiratorias, la fibrosis quística, la deshidratación y las múltiples causas de sialosis (1, 6).

PRESENTACIÓN CLÍNICA

Usualmente aparecen episodios repetitivos de tres a cuatro por año, consistentes en dolor y edema parotídeo, fiebre moderada, malestar general, usualmente sin secreción purulenta por conducto de Stenon. Usualmente la afección es unilateral, y cuando es bilateral, casi siempre un lado está más comprometido. En la infancia el pico de incidencia se presenta entre los cuatro a los siete años y en los adultos en la tercera a cuarta década de la vida (7).

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico en la actualidad se basa principalmente en la evolución clínica, la recurrencia de los cuadros, y la usual autolimitada resolución. En cuanto a los paraclínicos para apoyar la sospecha diagnóstica la sialografía ha sido desplazada por la ecografía de alta resolución, en el abordaje inicial, especialmente por su bajo costo, su alta disponibilidad, y su aceptable sensibilidad para hacer diagnóstico diferencial de abscesos y lesiones tumorales (Figura 1). En contra de este procedimiento está la descrita baja sensibilidad y el hecho de ser un examen operador dependiente. La sialografía en la actualidad es considerada como paraclínico de segunda línea, especialmente por los problemas técnicos para su realización y la leve pero frecuente morbilidad derivada de la canulación del conducto de Stenon. Su principal uso radica en el diagnóstico de paciente con cuadro sugestivo, luego de ecografía parotídea negativa, en casos en los que se sospeche etiología obstructiva y en casos en los que se considere que el procedimiento pueda tener fines terapéuticos (8-11, 27, 34).

En la actualidad existen otros medios diagnósticos de mayor complejidad que se abren paso, especialmente bajo la premisa de realizar diagnóstico y tratamiento, como es el caso de la sialo endoscopia parotídea, que gana espacio en la práctica médica y cada vez más publicaciones la apoyan. (12-14, 34, 35).



Figura 1. Sialografía con sialectasias distales, hallazgo típico de sialadenitis recurrente.

Otros métodos son la sialografía por resonancia magnética nuclear (RMN), que tiene la ventaja de ser un examen no invasivo, de aceptable resolución, de gran detalle anatómico, utilizado especialmente en el diagnóstico inicial y diagnóstico diferencial de esta patología (15).

Asimismo la sialografía por sustracción digital, que pese a tener la necesidad de canalización del conducto parotídeo, ofrece mayor resolución del árbol ductal distal, podría a llegar a desplazar la sialografía convencional. La RMN simple y contrastada, la tomografía axial computarizada (TAC), quedan reservados a casos en los que se requiera estudio del lóbulo profundo parotídeo o para estudio de masas.

La biopsia por aspiración con aguja fina (BACAF), tiene poco valor en el diagnóstico de esta enfermedad, por sus hallazgos histopatológicos inespecíficos. La gammagrafía de glándulas salivales tiene valor en el diagnóstico diferencial de PR y sialosis de otra etiología.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial debe realizarse de las siguientes patologías (7)

- Sialadenosis.
- Paperas.
- Enfermedad de Mikulicz's (lesión lymphoepithelial Benigna).
- Síndrome Sjogren's.
- Adenoma Pleomórfico.
- Tumor de Whartin.
- Hipertrofia de masetero.
- Sialolitiasis.

TRATAMIENTO

El principal abordaje terapéutico de estos pacientes debe ser tenido en cuenta según el grupo etáreo al que pertenecen: a los niños y adolescentes se les puede tratar conservadoramente, pues se afirma que aproximadamente un 95% resuelve luego de pasada la adolescencia (34). En los adultos con casos severos, se considerarán técnicas de ablación médica o quirúrgica. En los ancianos deben aclararse las etiologías reumáticas, especialmente sin son mujeres y neoplásicas en ambos géneros.

El tratamiento inicial debe realizarse con antiinflamatorios no esteroideos, antibióticos con cubrimiento para gram positivos, medios físicos locales, sialogogos como los cítricos o ácidos o chicles ácidos y aumento de la ingesta de líquidos.

Los casos de mayor severidad en cuanto al dolor pueden ser abordados con antibióticos intravenosos e incluso uso de corticoides (12).

PROFILAXIS DE EPISODIOS

Para la profilaxis de la recurrencia se han planteado esquemas con sialogogos y antibiótico preventivo en períodos de invierno, pero dicha tendencia no cuenta con la evidencia clínica suficiente para recomendarla. Otros autores recomiendan el uso de antibióticos únicamente cuando se encuentra deficiencia de IgA (2, 12, 14, 34).

TERAPIAS DE IRRIGACIÓN GLANDULAR Y ABLACIÓN NO QUIRÚRGICA

En la actualidad se abren paso terapias encaminadas a provocar atrofia glandular, mejoría sintomática y disminución del número de episodios, con el fin último de evitar la parotidectomía y sus comorbilidades asociadas. Entre estos tratamientos se encuentra la sialografía de seguimiento, a la que se le atribuye propiedades terapéuticas por el yodo usado en los medios de contraste, por la remoción de tapones mucoides y la dilatación de los conductos. A pesar de la ausencia de estudios con seguimiento mayor de 36 meses, algunas series afirman mejorías hasta de un 92% de los pacientes tratados (2, 34).

Otro método empleado es la canalización e irrigación glandular con mercurio cromo al 1%, y así mismo la irrigación con solución acuosa con tetraciclina, cuya efectividad posiblemente se da por igual mecanismo que la sialografía (1).

Una de las últimas tendencias terapéuticas es el uso de violeta de genciana al 1% para irrigación y esclerosamiento del sistema ductal. Dicho esquema causa edema, inflamación y tumefacción de la glándula seguida de una etapa de atrofia progresiva e involución por atrofia, con la consiguiente resolución del cuadro con efectos colaterales nulos en la mayor parte de los animales y humanos tratados. (16-18,). A pesar de que esta práctica ganaba aceptación progresivamente, su uso se restringió gracias a la potencial actividad carcinogénica de la violeta de genciana (34).

La sialoendoscopia tiene crecientes aplicaciones, y se ha manejado como una posibilidad diagnóstica, terapéutica de alta efectividad para el manejo de esta patología. Los criterios para su uso aún no han sido aclarados, planteándose como candidatos los pacientes que sufran uno o dos episodios al año. Sus defensores afirman que la exploración dilata los conductos, retira bridas y tapones mucosos y en algunas ocasiones aplican stent intraluminal para evitar reestenosis. Su efectividad según reportes se encuentra alrededor del 89-94% (12-14, 20, 34, 35).

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

El tratamiento quirúrgico está reservado para pacientes con sintomatología severa, quienes no mejoran con el tratamiento médico, o quienes por su patología de base requieren la erradicación del foco infeccioso. El abordaje quirúrgico debe realizarse con complejidad creciente, dejando como última estrategia terapéutica la parotidectomía lateral o total. Entre los métodos utilizados está la ligadura del conducto de Stenon, modalidad empleada por Diamant and Enfors, con una efectividad clínica suficiente para ser recomendada. En contra de este método se encuentra una considerable posibilidad de sialoceles o abscesos, que hace su aplicación casi exclusiva en adultos (20, 34). El otro método quirúrgico que cada vez más adeptos gana, es la neurectomía timpánica, que pese a la descrita reinervación glandular, ofrece una tasa de éxito del 70 a 80%, con muy baja morbilidad al ser efectuada por personal con suficiente entrenamiento. El procedimiento se lleva a cabo a través de una timpanotomía exploradora convencional, elevando el tímpano hasta exponer promontorio y cuerda del tímpano. La neurectomía se realiza usualmente con láser, pero la sección y fresado pueden ser también adecuados. Se seccionan las ramas del nervio de Jacobson al realizar un corte en "L" anterior al borde las ventanas oval y redonda y en el hipo tímpano en forma horizontal (Figura 2). La cirugía se acompaña de neurectomía de cuerda del tímpano usualmente mediante vaporización láser, para evitar unión y regeneración nerviosa. (21-23, 34).



Figura 2. Técnica quirúrgica de neurectomía del Nervio de Jacobson.

La parotidectomía continúa siendo un tratamiento que conlleva a un riesgo de morbilidad considerable, con estudios que reportan complicaciones desde el 7 al 33%, especialmente a pacientes con esta patología, que ofrecen planos quirúrgicos de difícil disección y conservación del nervio facial. Las tasas de efectividad del 70 a 80%, y a pesar de esto la recurrencia de síntomas derivados de restos del lóbulo profundo parotídeo pueden reaparecer.

DISCUSIÓN

La PR es una entidad clínica poco frecuente, que afecta especialmente a niños y jóvenes, con presentación clínica clásica, y pocas complicaciones reportadas. Aproximadamente la mitad de los afectados presentan resolución de la patología, con porcentajes mucho mayores de mejoría en jóvenes y niños.

El diagnóstico en la actualidad se basa en la clínica del paciente, ayudada por los hallazgos ultrasonográficos como herramienta de primera mano. La sialografía parotídea está siendo desplazada como herramienta de segunda mano para el diagnóstico, con la ventaja de ofrecer según algunos autores beneficio terapéutico. Las nuevas tendencias en diagnóstico apuntan hacia la sialoendoscopia y la sialografía por RMN.

El abordaje médico inicial se basa en esquemas terapéuticos que cubran gram positivos, para cubrir estreptococos y estafilococos que son sus principales etiologías bacterianas. El tratamiento profiláctico no tiene suficiente soporte para ser recomendado.

Los casos recurrentes con severidad o número de episodios de más de cuatro o cinco por año deben ser derivados a otros manejos no conservadores.

Dado las dificultades técnicas, morbilidad e historia natural de la enfermedad, se abre paso la terapia de irrigación con mercurio cromo, tetraciclina y por último violeta de genciana, la cual al parecer presenta una muy alta tasa de efectividad clínica, con bajos efectos colaterales, siendo una posibilidad terapéutica de bajo costo, de fácil ejecución que debe ser tenida en cuenta. El potencial efecto carcinogénico de esta sustancia limita su uso en la actualidad y por lo tanto, su recomendación debe apoyarse en próximos estudios.

El manejo quirúrgico queda reservado a casos severos, refractarios, estando la neuronectomía timpánica como la terapia con mayor efectividad y menor morbilidad descrita. La parotidectomía es el último eslabón utilizado, siendo la parotidectomía total la técnica a utilizar, dadas las recurrencias presentadas en la técnica lateral, y aún en la técnica medial con remanentes del lóbulo profundo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Chitre V. Recurrent parotitis. *Archives of Disease in Childhood*. 1997; 77: 359-363.
2. Watkin GT. Natural history of patients with recurrent parotitis and punctate sialectasis. *Br J Surg*. 1986 Sep; 73 (9): 745-748.
3. Orlando G. Treatment of Chronic Parotid Sialectasis with Botulinum Toxin A. *The Laryngoscope*. 112: March 2002.
4. Patey DH. Chronic 'sialectatic' parotitis in the light of pathological studies on parotidectomy material. *Br J Surg*. 1955; 43: 43-50.
5. Rajan S. Clinical Outcome After Surgery for Patients With Parotid Sialadenitis. *The Laryngoscope*. 117: April 2007.
6. Tao LC, Gullane PJ. HIV infection-associated lymphoepithelial lesions of the parotid gland: aspiration biopsy cytology, histology, and pathogenesis. *Diagn_Cytopathol*. 1991; 7 (2): 158-162.
7. Crispian S. Sialosis: 35 cases of persistent parotid swelling from two countries 2008. *J Oral Maxillofac Surg*. 1991 Aug; 49 (8): 798-803.
8. Schemelzeisen R. Sonography and scintigraphy in the diagnosis of diseases of the major salivary glands. *J Oral Maxillofac Surg*. 1991 Aug; 49 (8): 798-803.
9. Schwerk WB. High-resolution real-time sonography in salivary gland diseases. Inflammatory diseases. *HNO*. 1985 Nov; 33 (11): 505-510.
10. Encina S, Ernst P. Ultrasonography: a complement to sialography in recurrent chronic childhood parotitis. *Rev Stomatol Chir Maxillofac*. 1996 Oct; 97 (5): 258-263.
11. Value of ultrasound and sialography in diagnosis of chronic inflammatory diseases of the parotid salivary glands.
12. Motamed M. Management of chronic parotitis: a review. *J Laryngol Otol*. 2003 Jul; 117 (7): 521-526.
13. Nahlieli O, Shacham R. Juvenile recurrent parotitis: a new method of diagnosis and treatment. *Pediatrics*. 2004 Jul; 114 (1): 9-12.
14. Nahlieli O, Bar T, Shacham R. Management of chronic parotitis: a review. *J Oral Maxillofac Surg*. 2004 Sep; 62 (9): 1150-5.
15. Huisman TA, Holzmann D, Nadal D. MRI of Chronic Recurrent Parotitis in Childhood 2001. *J Comput Assist Tomogr*. 2001 Mar-Apr; 25(2): 269-273.
16. Zhang G, Zhang Z, Zou Z. *Experimental study of parotid gland injected with gentian violet*. *Zhonghua Kou Qiang Yi Xue Za Zhi*. 1998 Nov; 33 (6): 338-340.
17. Li J, Wang S, Zhu X. Pathological changes following retrograde infusion of methyl violet in the parotid gland of the miniature pig *Zhonghua Kou Qiang Yi Xue Za Zhi*. 1999 Mar; 34 (2): 91-3. Mar; 34 (2): 91-93. Links.
18. Wang S, Li J, Zhu X. 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 Mar; 85 (3): 276-281.
19. Nahlieli O. Management of Chronic Recurrent Parotitis: Current Therapy. *J Oral Maxillofac Surg*. 2004; 62: 1150-1155.
20. Morgan WR. In chronic recurrent parotiditis. *Arch Otolaryngol*. 1973 Sep; 98 (3): 179-182.
21. Angelillo JC. Tympanic neurectomy for parotid inflammatory disease. *Ear Nose Throat J*. 1980 May; 59 (5): 197-202.
22. Rosen G, Konak S. Scanning evaluation of parotid gland after tympanic neurectomy. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 1975 Mar-Apr; 84 (2 part 1): 203-205.
23. Perera AM. Links Long-term results of tympanic neurectomy for chronic parotid sialectasis. *Rev Laryngol Otol Rhinol (Bord)*. 2000; 121 (2): 95-98.
24. Chilla R. Surgical treatment of chronic parotitis. *Arch Otorhinolaryngol*. 1982; 234 (1): 53-63.
25. Karl Segal. Parasympathetic Innervation Of The Salivary Glands. *Otolaryngol Head Neck Surg*, 1996; (dec); (7)4: 333-338.
26. Maik E. Diseases of the salivary glands in infants and adolescents. *Head & Face Medicine* 2010.
27. Katz Ph. Clinical Ultrasound of the Salivary Glands. *Otolaryngol Clin N Am*. 2009; 42: 973-1000.
28. Luke C. Epidemiology of Salivary Gland Infections. *Oral Maxillofacial Surg Clin N Am*. 2009; 21: 353-357.
29. Eric RC. Diagnosis and Management of Salivary Gland Infections. *Oral Maxillofacial Surg Clin N Am*. 2009; 21: 293-312.
30. Amy K. Hsu. Indications, Techniques, and complications of Major Salivary Gland Extirpation. *Oral Maxillofacial Surg Clin N Am*. 2009; 21: 313-321.
31. Ashish P. Diagnosis and Management of Pediatric Salivary Gland Infections. *Oral Maxillofacial Surg Clin N Am*. 2009; 21: 345-352.
32. Katz Ph. Treatment of Juvenile Recurrent Parotitis. *Otolaryngol Clin N Am* 2009; 42: 1087-1091.
33. Michael H. Fritsch. Sialendoscopy and Lithotripsy: Literature Review. *Otolaryngol Clin N Am*. 42 (2009) 915-926.
34. Katz Ph. Treatment of Juvenile Recurrent Parotitis. *Otolaryngol Clin N Am*. 2009; 42: 1087-1091.
35. Ardekian L. Chronic obstructive parotitis due to strictures of Stenson's duct—our treatment experience with sialoendoscopy. *J Oral Maxillofac Surg*. 2010 Jan; 68(1): 83-87.