

Hospital General Provincial Docente "Carlos Manuel de Céspedes"
Bayamo, Granma

PAROTIDITIS CRÓNICAS RECIDIVANTES. NUESTRA EXPERIENCIA

Dr. Manuel Estrada Sarmiento¹

RESUMEN: Se realizó una investigación observacional, prospectiva y descriptiva de 27 pacientes con el diagnóstico clínico e histopatológico de parotiditis crónica, con el objetivo de conocer su comportamiento en nuestro medio durante el período 1994-1995. De los 27 pacientes, 19 eran femeninos (70,4 %) y 8 masculinos. En el 3,7 % se observó una edad inferior a los 10 años; la parótida izquierda fue la más afectada. La técnica quirúrgica de Blair se empleó en 19 pacientes (70,4 %) y la mortalidad operativa fue nula. Cuatro pacientes (14,8 %) presentaron complicaciones. Esta entidad es frecuente en niños, su cuadro clínico oscila entre meses y años, por lo cual no es poco frecuente después de las primeras décadas de la vida.

Descriptores DeCS: PAROTIDITIS/epidemiología; PAROTIDITIS/cirugía.

De todas las glándulas salivales, la glándula parótida es generalmente la más afectada por procesos inflamatorios. Las formas clínicas varían de leves a severas.¹⁻⁶

Las parotiditis crónicas son frecuentes en niños, su causa es desconocida, aunque factores como la herencia, infecciones, alergias y malformaciones congénitas del conducto, pueden considerarse de interés.⁷⁻⁹

Los pacientes presentan múltiples episodios de inflamación intermitente de una o ambas parótidas, acompañadas algunas veces de dolor, fiebre y enrojecimiento del

conducto de stemon con salida de pus o de filamentos mucopurulentos.⁹ Este cuadro clínico puede durar varios años.^{7,9,10}

El interés que desde el punto de vista quirúrgico tienen las inflamaciones crónicas de la parótida es escaso. Este hecho encuentra su fundamento en los resultados obtenidos mediante la aplicación de tratamiento médico. No obstante, en ocasiones, en el curso evolutivo de la enfermedad, se hace indispensable recurrir a una maniobra quirúrgica de exéresis glandular. Por lo tanto, es fundamental en estas afecciones la

¹ Especialista de II Grado en Cirugía Maxilofacial. Profesor Principal de Patología Bucal.

correcta aplicación de una técnica quirúrgica que permita obtener resultados satisfactorios, tanto para el tratamiento definitivo de la lesión causal como en los resultados estéticos y funcionales.¹¹

*Geterud*⁹ informa que 3 pacientes de una serie de 25 con parotiditis crónica necesitaron parotidectomía superficial. *Sada Moreno*¹¹ reportó un caso de una niña de 6 años de edad con parotiditis crónica que requirió de una parotidectomía conservadora en la Clínica Dental "Sada Moreno" de Madrid, España.

Debido a la escasez de publicaciones que tratan el tema, reflexionamos acerca de la posibilidad de realizar un estudio sobre esta entidad en nuestro medio, y de esta forma, contribuir a enriquecer la información existente.

Métodos

Se realizó un estudio prospectivo de 27 pacientes a los cuales se les realizó exéresis de la glándula parótida, por presentar parotiditis crónica, los cuales no habían resuelto con tratamiento médico. Todos estuvieron ingresados en el Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital "Carlos Manuel de Céspedes" de Bayamo, entre enero de 1994 y diciembre de 1995, ambos inclusive.

En el análisis de los pacientes estudiados se contemplaron como variables estadísticas: edad, sexo, tiempo de evolución, localización, hallazgos radiológicos, técnicas quirúrgicas utilizadas y complicaciones.

Los resultados se expresaron en tablas y los datos se resumieron en porcentajes.

Resultados

La tabla 1 refleja la edad y el sexo de los pacientes estudiados. El mayor número se puso de manifiesto en el grupo de 30 a 39 años con 13 pacientes (48,1 %). El 77,7 % de la serie se encontró entre los 30 y 49 años de edad, con una media de 20 años y se destaca que sólo el 3,7 % estaba compuesto por menores de 9 años. El sexo femenino fue predominante con 19 pacientes (70,4 %); la relación entre uno y otro sexos fue de 2,3:1.

El tiempo de evolución de la enfermedad fue variable, desde 10 meses hasta 25 años, y el promedio fue de ± 11 años. La parótida izquierda fue la más afectada (tab. 2).

A todos los pacientes se les realizó sialografía parotídea por sus posibilidades terapéuticas y diagnósticas, la cual mostró sialectasia en 11 pacientes (40,7 %) (fig.). En un paciente se mostró impermeabilidad (tab. 3).

Las incisiones quirúrgicas más utilizadas en los pacientes operados fueron: la de Blair en 19 pacientes (70,4 %); en el 7,4 % de la serie se utilizó una modificación de la Hamilton-Bailey. En todos los casos se realizó parotidectomía superficial. A la pieza reseca se le hizo un estudio anatómico patológico (tab. 4), donde se confirmó la presencia de parotiditis crónica.

La tabla 5 muestra las complicaciones que se observaron después de la intervención quirúrgica. Predominaron las inherentes al nervio facial (50 %). La fístula salival y el síndrome de Frey representaron el 25 %, respectivamente.

Las complicaciones posoperatorias representaron el 14,8 % en los pacientes operados por parotiditis crónicas.

TABLA 1. Diagnóstico hístico confirmado, según edad y sexo

Grupos de edades (años)	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%
De 0 a 9	-	-	1	5,3	1	3,7
De 10 a 19	1	12,5	1	5,3	2	7,4
De 20 a 29	2	25,0	1	5,3	3	11,1
De 30 a 39	3	37,5	10	52,6	13	48,1
De 40 a 49	2	25,0	6	31,5	8	29,6
Total	8	29,6	19	70,4	27	100

TABLA 2. Tiempo de evolución y localización

Tiempo de evolución (años)	Localización				Total	
	Parótida derecha		Parótida izquierda		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%
Menos de 1	4	23,5	2	20	6	22,2
De 1 a 5	9	53,0	4	40	13	48,1
De 5 a 9	1	5,8	2	20	3	11,1
10 y más	3	17,6	2	20	5	18,5
Total	17	63	10	37	27	100

TABLA 3. Manifestaciones sialográficas en pacientes con parotiditis crónica

Resultado de la sialografía	No.	%
Copos	12	44,4
Dilataciones irregulares intraparenquimatosas	6	22,2
Irregularidad del calibre	4	14,8
Impermeabilidad	3	11,1
Inyección incompleta del sistema	2	7,4
Total	27	100

TABLA 4. Incisiones realizadas en los pacientes con parotiditis crónica

Incisiones	No.	%
S de Blair	19	70,4
Hamilton-Bailey	6	22,2
Otras	2	7,4
Total	27	100

TABLA 5. Complicaciones posoperatorias

Complicaciones	No.	%
Parálisis facial transitoria	2	50
Fístula	1	25
Síndrome de Frey	1	25
Total	4	100

Aporte de complicación: 14,8 % sobre la base del total de casos (27).

Discusión

El estudio de las afecciones infecciosas de las glándulas parótidas tienen por regla general un escaso atractivo desde el punto de vista quirúrgico, dado que esta afección sólo requiere de una terapéutica quirúrgica en determinadas ocasiones.¹¹

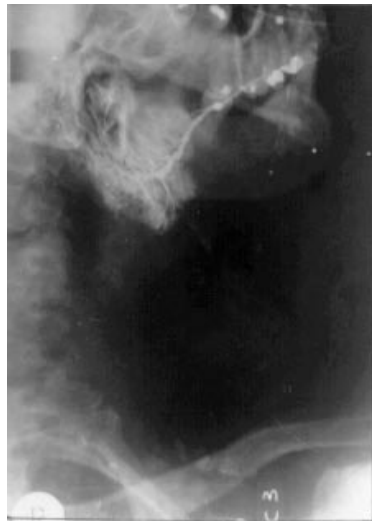
Algunos autores^{3,6-11} plantean una mayor incidencia de esta afección en la edad



A



B



C

FIGS. (A,B,C). Imagen acinosa en copos por parotiditis crónica.

infantil. Otros^{12,13} informan que su aparición en edades medias no es poco frecuente, datos que se corresponden con nuestros hallazgos.

El bajo porcentaje (3,7 %) encontrado en el grupo de edades de 0 a 9 años, se

fundamenta, por una parte, porque la terapéutica quirúrgica en la etapa infantil es prácticamente excepcional, y por otra, debido a los resultados obtenidos con la aplicación de tratamientos médicos.

El sexo femenino mostró una mayor incidencia, a diferencia de lo reportado por *Geterud*,⁹ *Díaz Fernández* y otros.¹³ En sus respectivas series predominó el sexo masculino.

La lesión, que en ocasiones es bilateral, se manifiesta por episodios agudos o subagudos de retención salival durante períodos que oscilan entre meses y años.^{7-9,12,14}

En la mayoría de las investigaciones realizadas sobre las afecciones tumorales y/o inflamatorias de las glándulas parótidas, la derecha es la más afectada.^{13,15,16} Nuestros resultados discrepan de éstos, pues en nuestra serie la parótida izquierda fue la más afectada.

El diagnóstico de esta afección se establece indispensablemente mediante la realización de una sialografía. De este modo es posible visualizar la dilatación de los conductos.^{17,18}

Aunque la sialectasia no es un hallazgo único de las parotiditis recurrentes,⁷ la mayoría de los autores^{7-11,17,18} plantean que es el hallazgo más frecuente.

Aunque en general todas las incisiones quirúrgicas utilizadas en nuestra serie proporcionaron una excelente exposición y buenos resultados estéticos, la que predominó fue la de Blair, (70,4 %) resultados que coinciden con otras investigaciones.^{13,16} Estrada Sarmiento,¹⁵ en su serie de 25 pacientes operados de tumores parotídeos en nuestra institución durante el período 1979-1983, utilizando la incisión de Hamilton

Bailey (48 %), no obtuvo los mismos resultados.

Las complicaciones posoperatorias que siguen a la parálisis facial son las fístulas salivales y el síndrome de Frey.

La fístula salival tuvo una excelente respuesta después de la administración de atropina.

El síndrome de Frey se estableció a los 6 meses del período posoperatorio, lo que ha sido descrito por Toraya.¹⁶

Nuestro porcentaje de complicaciones (14,8 %) es discretamente superior al reportado por Díaz Fernández,¹³ de 11,9 %.

La mortalidad de esta cirugía es mínima; nula en nuestra casuística.

SUMMARY: An observational prospective and descriptive study of 27 patients clinically and histopathologically diagnosed with chronic parotitis was performed with the objective of finding out the behaviour of such disease in our context from 1994- to 1995. 19 were females (70.4 %) and 8 were males. 3.7 % were under 10 years and the left parotid gland was the most affected. Blair's surgical technique was successfully used in 19 patients (70.4 %) and none of them died. Complications occurred in 4 patients (14.8 %). This disease is common in children, its clinical pattern ranges from months to years, so, it is not an uncommon disease after the first decades of life.

Subject headings: PAROTITIS/epidemiology; PAROTITIS/surgery.

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. Johnsen DC. Salivary glands. En: Nelson textbooks of Pediatrics 14 Ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 1992:934-5.
3. Brook I. Diagnosis and management of parotitis. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1992;118(5):469-75.
4. Facklam RJ, Mendelson J, Black M. *Streptococcus pneumoniae* acute suppurative parotitis in a patient with Sjogren's syndrome. J Otolaryngol 1992;71:646-52.
5. Henderson SO, Mallon WK. Tuberculosis as the cause of diffuse parotitis. Ann Emerg Med 1995;26(3):376-9.
6. Anaya JM, Ogawan TN. Sjogren's syndrome in childhood. J Rheumatol 1995;22(6):1152-8.
7. Mandel L, Kaynar A. Recurrent parotitis in children N state. Dent J 1995;61(2):22-5.
8. Bap P. Serum autoantibodies in recurrent parotitis in children. Bratisl Lek Listy 1995;96(7):384-8.
9. Geterud A, Lindvall AM, Nylen O. Follow-up study of recurrent parotitis in children. Ann Otolaryngol 1988;97(4):341-5.
10. Grevers G. Chronic recurrent parotitis in childhood. Laryngorhinootologie 1992; 71:649-52.
11. Sada Moreno E, Vázquez Ajuria F, Deus Fombellida J. Parotiditis crónica infantil recidivante. Presentación de un caso. Cir Esp 1987;42(6):973-7.
12. Marco J. Patología de la parótida. Fundación "García Muñoz". Madrid, 1980.
13. Díaz Fernández JM, Juan Rodríguez BJ. Morbilidad quirúrgica de las glándulas salivales. Estudio de 210 pacientes. Rev Cubana Estomatol 1988;25(2):128-40.

14. Galili D. Spontaneous regeneration of the parotid salivary gland. Following juvenil recurrent parotitis. Oral Med 1985;60(6):605-7.
15. Estrada Sarmiento M. Tumores de la glándula parótida. Rev Cubana Estomatol 1986; 23(3):221-7.
16. Toraya A. Parotid gland tumors. Am J Surg 1970;120:629-33.
17. Villar Suárez MS. La sialografía parotídea. Rev Cubana Cir 1965;31:468-77.
18. Debien Fernández M. Importancia de la sialografía bajo pantalla de televisión. Rev Cubana Cir 1980;19:39-44.

Recibido: 26 de junio de 1997. Aprobado: 25 de octubre de 1997.

Dr. *Manuel Estrada Sarmiento*. Máximo Gómez No.6, entre Maceo y Canducha Figueredo, Bayamo 85100, Granma, Cuba.