

## CASOS CLÍNICOS

### Diagnóstico diferencial de Parotidomegalia Unilateral en la Infancia

Srs. Víctor Molina C<sup>1</sup>, Andrea Morales<sup>1</sup>, Gerardo Palma<sup>1</sup>, Carolina Pozo<sup>1</sup>,  
Javier Quilodrán<sup>1</sup> y Dra. Carmen Gloria Rostion<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>Alumno de quinto año Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil,  
Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

<sup>2</sup>Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

<sup>3</sup>Servicio de Cirugía, Hospital de Niños Dr. Roberto del Río.

#### Resumen

La patología de las glándulas salivales es poco frecuente en los niños, siendo la parótida la más afectada. Si bien es la etiología infecciosa la que predomina, hay otras, que precisamente por lo raras hacen difícil el diagnóstico y decisión terapéutica. En este artículo presentamos un caso clínico de parotiditis crónica litiásica en una paciente pediátrica y revisión de la literatura.

**Palabras clave:** Parotiditis, parotiditis crónica, sialolitiasis, glándulas salivales.

#### Presentación caso clínico

Paciente de sexo femenino de 9 años de edad, consulta por presencia de aumento de volumen facial derecho doloroso, de un año de evolución. Al examen físico se aprecia aumento de volumen facial unilateral derecho de consistencia dura, sin signos inflamatorios ni compromiso del nervio facial (Figura 1)



Figura 1. Foto de la paciente hospitalizada

#### Introducción

La patología de la glándula salival es poco frecuente y más de un tercio ocurre en niños, siendo la parotiditis de origen infeccioso la más común. Sin embargo, existen múltiples patologías parotídeas de diversa etiología, pero con signos y síntomas similares.

La realización de una anamnesis y examen físico detallados nos podrán orientar al tipo de patología: inflamatoria aguda, inflamatoria crónica no obstructiva, inflamatoria crónica obstructiva, metabólica, traumática o neoplásica.

En la historia clínica es importante conocer la edad y sexo del paciente, el tiempo de evolución del aumento de volumen, asociación con dolor u otros síntomas, velocidad de crecimiento, recurrencia, relación con los alimentos, entre otros, con el fin de acotar las posibilidades diagnósticas.

En el examen físico es necesario precisar localización exacta del aumento de volumen, intraparotídeo o extraparotídeo, compromiso local o difuso, tamaño en centímetros, consistencia, dolor a la palpación, estado de la piel regional, movilidad facial, presencia de adenopatías cervicales y lesiones asociadas.

Se debe tener presente patologías de localización extraparotídea como: lipomas, erisipela, linfangioma de piel, hipertrofia de masetero, tumor de mandíbula y adenopatías. No todo aumento de volumen en la región parotídea corresponde a parotidomegalia.

El objetivo del presente trabajo es hacer una revisión de algunos diagnósticos diferenciales relevantes ante la presencia de parotidomegalia unilateral en niños, con ausencia de signos inflamatorios y de consistencia dura.

Finalmente, se describirá la relación anatómica entre nervio facial y glándula parótida, con el fin de comprender el riesgo que implica la

biopsia como procedimiento diagnóstico en algunas patologías parotídeas.

### Diagnóstico diferencial

#### Parotiditis crónica recurrente infantil (PCRI)

Enfermedad benigna de la niñez que se presenta con crisis frecuentes de inflamación parotídea, generalmente asociada a sialectasia no obstructiva de los ductus distales de la glándula.

Clínicamente, se caracteriza por aumento de volumen de una o ambas parótidas, con dolor de intensidad variable y disminución del flujo salival, el cual puede ser purulento o mucoso (1-3). Presenta episodios de agudización generalmente asociados a infección respiratoria, manifestándose en estos casos con fiebre moderada (2).

Se ha descrito mayor prevalencia en sexo masculino y en edad escolar, evolucionando habitualmente hacia la remisión espontánea, con recurrencias excepcionales después de la pubertad (1, 3).

Su etiología aún no ha sido establecida. La teoría más aceptada es que sería una patología de origen multifactorial, resultando de la interacción entre factores como: infecciones ascendentes de cavidad oral, alteraciones de la saliva y su flujo, y metaplasias epiteliales del conducto excretor, desconociéndose la secuencia de eventos exacta que desencadenaría la enfermedad (1-3).

Se ha detectado la presencia de *Streptococo pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* y *Streptococo viridans* en la saliva de pacientes afectados por PCRI. Se postula además un factor hereditario en su patogénesis y asociación a enfermedades autoinmunes o alérgicas (1, 3).

El diagnóstico de certeza de la PCRI se basa en la sialografía, que revela una imagen típica de "ciruelo en flor" dada por la estrechez, adelgazamiento y disminución del número de ductus (2). Este procedimiento tendría además eficacia terapéutica (3).

Sin embargo, la ultrasonografía parece una mejor alternativa para iniciar el estudio de PCRI. Puede ser útil en el período agudo de la inflamación, período en que está contraindicada la sialografía, permitiendo descartar patología tumoral (1).

No se recomienda el diagnóstico mediante biopsia, debido al elevado riesgo de secuelas en el nervio facial que pueden ser evitadas con el uso de la sialografía y ultrasonografía (1).

El tratamiento es controversial. Se ha reportado una respuesta clínica favorable con el uso de mucolíticos en los períodos agudos (1). El tratamiento con lavado de la glándula con un compuesto yodado, ha demostrado evitar las recidivas clínicas de PCRI. Este procedimiento podría evitar el uso de antimicrobianos en gran parte de los pacientes, evitando un aumento de la resistencia en los microorganismos asociados (2).

#### Sialolitiasis

La sialolitiasis se define como la presencia de minerales cristalizados en los conductos que drenan las glándulas salivales. Dentro de la población pediátrica, es de mayor frecuencia en el sexo masculino, y aproximadamente un 85% es de localización submandibular (4). Aunque su presentación en niños es rara (3%), debe considerarse entre los diagnósticos diferenciales de aumento de volumen y dolor facial.

Los cálculos de los conductos excretores de las glándulas salivales están formados por cristales de hidroxapatita depositados sobre un núcleo de material orgánico. El crecimiento de éstos obstruye finalmente el lumen del conducto. Se reconocen como factores predisponentes de la sialectasia, los anatómicos y alteraciones en la composición de la saliva (5, 6).

La sialolitiasis se presenta clínicamente como aumento de volumen glandular súbito recurrente, doloroso en relación a la alimentación, debido a la mayor secreción de saliva. Al examen físico bimanual se puede palpar el cálculo. Si no cede la obstrucción, la sobreinfección bacteriana se manifiesta con fiebre y supuración, lo que conducirá a complicaciones como fístulas, fibrosis y atrofia glandular.

El diagnóstico es por imágenes. La radiografía será positiva si el cálculo es radioopaco en 80% de los casos (7). La ecotomografía puede detectar cálculos radiolúcidos e intraglandulares, pero no permite una buena visualización del conducto. La tomografía axial computada (TAC) y resonancia nuclear magnética (RNM) también pueden ser de utilidad.

El tratamiento incluye en la fase aguda el uso de antiinflamatorios e hidratación, a lo que se agregan antibióticos si existen signos de sobreinfección. Los cálculos pequeños pueden expulsarse espontáneamente o mediante el uso de sialogogos como el jugo de limón. En los cálculos de mayor tamaño generalmente se procede a la extirpación quirúrgica una vez pasada la etapa

aguda. Otras técnicas incluyen la sialolitotomía mediante láser, la litotripsia extracorpórea, y el uso de canastillos para extracción, mostrando en general altas tasas de curación (4, 8-10).

### Neoplasias

El 70 a 80 % de los tumores de glándulas salivales ocurren en parótidas, pudiendo clasificarse en tumores benignos malignos, siendo mucho más frecuente el primer grupo (11).

Clínicamente, los tumores benignos se presentan como aumento de volumen generalmente unilateral, indoloro, de consistencia firme, bien limitado y de crecimiento lento. Se conserva la indemnidad de la piel y el nervio facial (11).

Se clasifican en lesiones vasculares (hemangiomas y linfangiomas) y no vasculares, siendo en niños más frecuentes los tumores vasculares (12), seguidos por los adenomas pleomórficos.

El tratamiento de elección en los tumores benignos es la parotidectomía suprafacial, particularmente útil en tumores localizados en la porción lateral. En el 80 a 90% de las neoplasias parotídeas es un procedimiento diagnóstico y terapéutico a la vez (11).

Los quistes de la primera hendidura branquial, aunque no muy frecuentes, tienen gran importancia, debido a su íntima relación con el nervio facial, dificultando su remoción (13).

Las neoplasias son poco frecuentes en pediatría, constituyendo cerca del 16% de las masas de parótida. Sin embargo, en niños una masa parotídea es más comúnmente maligna (14).

En su mayoría se presentan como aumento de volumen asintomático, de consistencia dura, de crecimiento rápido, adherido a planos profundos. Sin embargo, en algunos casos pueden manifestarse con dolor, parálisis facial o presencia de tumoración intra oral.

La lesión parotídea maligna más frecuente es el carcinoma mucoepidermoide de bajo grado, el cual tiene buenos resultados con un adecuado tratamiento. De peor pronóstico son los adenocarcinomas y el carcinoma adenoideo quístico (14).

El diagnóstico de las neoplasias se apoya con tomografía TAC, radiografía de tórax, cintigrama óseo y evaluación dentaria. La evaluación histológica, por biopsia escisional o aspiración con aguja, es de vital importancia para confirmar el diagnóstico y definir la conducta (15).

El tratamiento de elección es la parotidectomía total, procedimiento que ofrece la mejor opción curativa con menor incidencia de recurrencias pero con un riesgo no despreciable de complicaciones: lesiones temporales o permanentes del nervio facial en aproximadamente un tercio, síndrome de Frey en la mitad de las cirugías y alteraciones cosméticas en un quinto (15). Puede combinarse con radioterapia, que permite conservar el facial y evitar recurrencias locales (11).

En ambos tipos de tumores no está indicada la biopsia incisional o la tumorectomía, porque aumenta su recurrencia, el riesgo de daño al nervio facial y porque a veces es necesario ampliar el campo quirúrgico (11).

### Adenopatías

El aumento de volumen de los ganglios linfáticos (adenopatía) es una patología muy frecuente, en especial en los niños. Los ganglios están ubicados en varias regiones corporales, especialmente agrupados a nivel cervical, los que pueden confundirse con patología de la glándula parótida.

En la región parotídea existen varios ganglios linfáticos, siendo especialmente importante distinguir los ganglios preauriculares (drenaje de la porción lateral de los ojos, conjuntivas y piel frontotemporal), intraparotídeos y cervicales altos (drenaje mandibular, anillo de Waldeyer y lengua) (16).

La afección de los ganglios responde a múltiples etiologías de tipo inflamatorio, hiperplásico reactivo, linfoproliferativo, tumoral metastático y reticulohistocitario. En este sentido es necesario identificar lesiones linfáticas primarias (neoplasia e infecciones) de lesiones reactivas de la zona de drenaje o patologías generales, como la Toxoplasmosis, la enfermedad de Kawasaki y la enfermedad por arañazo de gato. La clínica y el manejo dependerán del origen de la adenopatía.

### Nervio facial y biopsia escisional

En parotidectomía, la identificación y preservación del nervio facial es de importancia primaria. El nervio facial penetra por la cara posterior de la parótida formando el plexo parotídeo en su interior. Alrededor de estas ramas se dispone una porción superficial y otra profunda, unidos por uno o más istmos (17). El recorrido de la vena

retromandibular permite realizar una importante distinción entre los lóbulos (18).

En un análisis del recorrido intraparotídeo del nervio facial se observó que el patrón más común de ramificación es la bifurcación en dos troncos (superior e inferior) con la separación proximal de las ramas cervical y marginal del tronco inferior (18). La disección del nervio facial y sus ramas debe ser realizada antes de remover la glándula. La arteria carótida externa provee de rica irrigación a la glándula parótida vía arteria facial transversa, rama de la arteria temporal superficial. Disecciones poco laboriosas pueden producir sangrado, lo cual hace más difícil la identificación del nervio facial y sus ramas además de aumentar la irritación neural (19).

### Discusión

A la paciente presentada en el caso clínico se le realizó una TAC que confirma aumento de volumen glandular con calcificación de la porción superficial. Luego, se le practicó una parotidectomía suprafacial. La biopsia arrojó el diagnóstico de microlitiasis parenquimatosas de glándula parótida.

Este es un caso poco común, ya que la patología litiasica tiene una frecuencia de sólo 3% en niños y de éstas un 85% afectan a la glándula submandibular. Además, es mucho más frecuente que los cálculos obstruyan los conductos sin depositarse en el parénquima glandular.

Varias condiciones patológicas pueden presentarse como aumento de volumen en la región parotídea siendo a veces muy difícil el reconocimiento clínico de éstas. Los aumentos de volumen pueden ser neoplásicos o benignos, e intraglandular o extra-glandular y cada patología reviste un tratamiento y pronóstico distintos.

La estrecha relación anatómica entre la parótida y el nervio facial hace no aconsejable el uso de cirugía diagnóstica y/o terapéutica en aquellas patologías en las que podría evitarse, como la PCRI, debido a que no sólo implica un riesgo de daño directo sobre el nervio, sino que además produce una gran fibrosis perineural con secuelas neurológicas secundarias (1).

En los casos en que la sialografía, ultrasonografía, TAC y/o RNM nos proporcionen un diagnóstico dudoso o no susceptible de tratamiento médico, el paciente pediátrico deberá someterse a cirugía para establecer un diagnóstico y pronóstico certeros. Es aceptada la evaluación con biopsia rápida para guiar la toma de decisiones en el

intraoperatorio. Así, dependiendo del tipo de tumor, benigna o maligna y de su localización, se realizará parotidectomía suprafacial o parotidectomía total con preservación del nervio facial (15).

### Referencias.

1. Rostion C.G., Giuliano C., Acosta S. Parotiditis crónica recurrente en el niño. *Rev chil pediatr.* 2004; 75, (1): 43-47. [Citado 10 Julio 2006] Disponible en Internet: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41062004000100006&Ing=es&nrm=iso&tIng=e](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062004000100006&Ing=es&nrm=iso&tIng=e)
2. Landaeta M., Giglio M., Ulloa M. et al. Aspectos clínicos, etiología microbiana y manejo terapéutico de la parotiditis crónica recurrente infantil (PCRI). *Rev. chil. pediatr.* 2003 74(3): 269-276. [Citado 10 Julio 2006] Disponible en Internet: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41062003000300004&Ing=es&nrm=iso&tIng=e](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062003000300004&Ing=es&nrm=iso&tIng=e)
3. Nazar G., Iniguez F., Der C. et al. Parotiditis aguda recurrente en el niño. *Rev. chil. pediatr.* 2001; 72(5): 437-442. [Citado 10 Julio 2006] Disponible en Internet: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41062001000500007&Ing=es&nrm=iso&tIng=e](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062001000500007&Ing=es&nrm=iso&tIng=e)
4. Nahlieli O., Eliav E., Hasson O., Zagury A., Baruchin A. Pediatric sialolithiasis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2000; 90(6): 709-712.
5. Marchal F. Retrograde theory in sialolithiasis formation. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2001; 127: 66-68.
6. Grases F., Santiago C. Sialolithiasis: mechanism of calculi formation and etiologia factors. *Clinica Chimica Acta.* 2003; 334:131-136.
7. Lozano B., López S. Expulsión espontánea de un cálculo salival submandibular. *An Pediatr (Barc).* 2003; 59(4): 393-5. [Citado 10 Abril 2006] Disponible en Internet: <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pid=13051323>
8. McGurk M., Escudier M., Brown J. Modern management of salivary calculi. *Br J Surg.* 2005; 92(1): 107-12.
9. Capaccio P., Ottaviani F., Manzo R. Extracorporeal lithotripsy for salivary calculi: a long-term clinical experience. *Laryngoscope.* 2004; 114(6): 1069-73.

10. Iro H., Zenk J., Waldfahrer F. Extracorporeal shock wave lithotripsy of parotid stones. Results of a prospective clinical trial. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 1998; 107: 860-4.
11. Unidad de Otorrinolaringología. Universidad de Chile. *Apuntes de Otorrinolaringología.* 2005. [Citado 10 Abril 2006] Disponible en Internet: [http://www.otorroudechile.cl/apuntes/a\\_cap2.htm](http://www.otorroudechile.cl/apuntes/a_cap2.htm)
12. Schuller D., McCabe B. Salivary gland neoplasms in children. *Otolaryngol Clin North Am* 1977; 10: 399-412.
13. Proctor B., Proctor C. Congenital lesions of the head and neck. *Otolaryngol clin north Am* 1970; 3: 221-248.
14. Schuller D., McCabe B. The firm salivary mass in children. *Laryngoscope* 1977; 87: 1891-1898.
15. Orvidas L., Kasperbauer J., Lewis J. Pediatric parotid masses. *Arch otolaryngol head neck surg* 2000; 126:177-184.
16. Sagaseta M., Molina J. Diagnóstico diferencial de las adenopatías en la infancia. *Bol S Vasco-Nav Pediatr* 2000; 34: 30-7.
17. O'Rahilly R. *Anatomía de Gardner.* 5ª edición. 1989. Mc Graw Hill, Mexico. Pag. 762.
18. Tsai SC-S, Hsu H-T. Parotid neoplasms: diagnosis, treatment, and intraparotid facial nerve anatomy. *J Laryngol Otol* 2002; 116: 359-62.
19. Jackson L., Gourin C., Thomas D. Use of the harmonic Scalpel in the superficial and total parotidectomy for benign and malignant disease. *Laryngoscope* 115: 1070-1073.