

Parotiditis aguda

Enrique A. Criado Vega^a [ecriado.gapm10@salud.madrid.org], M.^a Teresa Cuesta Rubio^b, Carolina Peláez Laguno^c.

^a Pediatra. Centro de Salud El Greco [Servicio Madrileño de Salud, Área 10], Getafe, Madrid. ^b MIR-Pediatría. Hospital Universitario de Getafe [Servicio Madrileño de Salud, Área 10], Getafe, Madrid. ^c Médico de familia. Centro de Salud El Greco [Servicio Madrileño de Salud, Área 10], Getafe, Madrid.

Fecha de actualización: 20/05/2010
Guía_ABE_Parotiditis aguda (v.1/2010)

Cita sugerida: Criado Vega EA, Cuesta Rubio MT, Peláez Laguno C. Parotiditis aguda (v.1/2010). Guía_ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [actualizado el 20/05/2010; consultado el *dd/mm/aaaa*]. Disponible en http://www.infodoctor.org/gipi/guia_abe/

Introducción / puntos clave

La parotiditis es la inflamación de las glándulas salivares parótidas; se incluyen en este texto tres entidades: la parotiditis epidémica (*paperas*), la parotiditis aguda supurada y la parotiditis recurrente.

La mayoría de los casos de parotiditis aguda son debidos a la infección por el virus de la **parotiditis epidémica**, y ocurren en la infancia y la adolescencia.

- La incidencia en España antes de la vacunación era de aproximadamente 215.000 casos/año. Desde 1985 se produjo un descenso progresivo, coincidente con el aumento de la cobertura vacunal¹.
- El cuadro clínico típico de las paperas se caracteriza por la presencia de síntomas prodrómicos inespecíficos (febrícula, malestar general, hiporexia, etc.) que se acompañan de otalgia y molestias en la parótida del mismo lado. El tamaño de la parótida aumenta en los 2-3 días siguientes, siendo el dolor proporcional al crecimiento de la glándula. Puede haber fiebre alta y suele haber afectación bilateral (en un 25% de los casos es unilateral y en un 10% de los casos participan otras glándulas salivares).
- La complicación extraglandular más frecuente es la meningitis, que ocurre en 1-10% de los casos (aunque aproximadamente la mitad de los casos de meningitis por parotiditis epidémica confirmados serológicamente no presentan parotiditis). El cuadro clínico incluye cefalea, vómitos, fiebre y rigidez de nuca, es benigno y no causa secuelas, al contrario que la encefalitis (0,1% de las infecciones por virus de parotiditis epidémica) en la que además se observa importante alteración del nivel de conciencia. La encefalitis puede dar lugar a secuelas graves y alcanza una mortalidad del 1,5%.
- La orquiepididimitis es infrecuente en el varón prepuberal, aunque puede estar presente hasta en el 25% de los varones postpuberales. Aun en el caso de afectación bilateral, la esterilidad es muy rara. No existen evidencias que la relacionen con un aumento del riesgo de cáncer testicular. En un 5% de las mujeres postpuberales se produce una ooforitis que raramente causa esterilidad.

La **parotiditis aguda supurada** es un trastorno infrecuente que suele ocurrir en pacientes postquirúrgicos, ancianos o en el periodo neonatal. Se caracteriza por la presencia de inflamación y edema parotideo y de exudado purulento a través del conducto de Stenon y cultivo positivo de ese exudado. El manejo general es común a cualquier otra infección supurada.

La **parotiditis recurrente** es un trastorno raro, de etiología desconocida², que se caracteriza por episodios repetidos de tumefacción parotídea dolorosa, generalmente unilateral (aunque puede ser bilateral, suele ser más llamativa en una de las dos glándulas). Suele presentarse entre los 3 y 6 años, con un patrón de recurrencia no establecido, es autolimitada (4-7 días por episodio) y desaparece después de la pubertad.

Microorganismos causales (...)			
		Frecuentes	Poco frecuentes
Parotiditis aguda	Viral	Virus de la parotiditis epidémica	Virus Epstein-Barr, enterovirus, parainfluenza 1 y 3, adenovirus, influenza A, VIH



Microorganismos causales (...)			
		Frecuentes	Poco frecuentes
	Bacteriana	<i>Staphylococcus aureus</i>	Bacterias Gram negativas
Parotiditis aguda recurrente ²			

Estudios complementarios		
	Indicados en la evaluación inicial	Indicados en situaciones especiales
Laboratorio	Habitualmente no necesarios	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Serología (virus de la parotiditis epidémica) en brotes epidémicos³ ▪ Anticuerpos antinucleares, factor reumatoide e inmunoglobulinas, serología (VIH, citomegalovirus, Epstein-Barr) en la parotiditis recurrente
Microbiología	Habitualmente no necesarios	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cultivo de exudado en parotiditis aguda supurada
Imagen	Habitualmente no necesarios	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ecografía en la parotiditis recurrente⁴

Indicaciones de derivación / ingreso hospitalario
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Complicaciones de la parotiditis epidémica: meningitis, encefalitis, pancreatitis, etc. ▪ Parotiditis aguda supurada en el periodo neonatal o en niños con inmunodeficiencia

Tratamiento antimicrobiano empírico			
Situación		Tratamiento de elección	Alternativas
Parotiditis epidémica (viral)		<ul style="list-style-type: none"> ▪ No está indicado el uso de ningún antimicrobiano; tratamiento sintomático 	
Parotiditis bacteriana ⁵	Neonatal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cloxacilina 100 mg/kg/día, en 4 dosis, IV + gentamicina 5 mg/kg/día, en 1 dosis, IV, durante 10 días⁵ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cefazolina IV (o clindamicina IV) + gentamicina IV, durante 10 días
	Lactante y niño	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Amoxicilina/ácido clavulánico 100 mg/kg/día (de amoxicilina), en 3-4 dosis, IV⁵ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cloxacilina o cefazolina o clindamicina o vancomicina, IV
Parotiditis aguda recurrente ⁶		<ul style="list-style-type: none"> ▪ No está indicado el uso de ningún antimicrobiano; tratamiento sintomático 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Amoxicilina/ácido clavulánico 40 mg/kg/día (de amoxicilina) en 2-3 dosis⁷, VO, junto a calor local y masaje parotideo
Ver "Antibióticos; dosificación" en http://www.infodoctor.org/gipi/guia_abe/			



Otras medidas terapéuticas

Parotiditis epidémica:

- El tratamiento de la parotiditis aguda y de sus complicaciones incluye medidas de soporte: antitérmicos, analgésicos-antiinflamatorios, hidratación, aplicación de frío local (orquitis), etc. Es recomendable evitar los fármacos sialogogos
- No se ha establecido la eficacia de la profilaxis postexposición⁸
- Aislamiento en domicilio hasta la resolución de la tumefacción parotídea o, al menos, 5 días desde el comienzo de síntomas (ver "Causas infecciosas de exclusión escolar" en http://www.infodoctor.org/gipi/guia_abe/)
- Revisión del estado vacunal del paciente y sus contactos y vacunación de los susceptibles con vacuna triple vírica

Abreviaturas: **IV:** vía intravenosa. **VIH:** virus de la inmunodeficiencia humana. **VO:** vía oral.

Referencias bibliográficas

- Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Red nacional de vigilancia epidemiológica de España. Área de vigilancia de la salud pública. Situación de la parotiditis en España. Actualización 2008. Disponible en http://www.isciii.es/htdocs/centros/epidemiologia/pdf/Informe_Parotiditis_CNE_junio_2008.pdf
- Chitre VV, Premchandra DJ. Recurrent parotitis. Arch Dis Child. 1997;77:359-63.
- De la Loma A, Villota J, Varela JM, y cols. Diagnóstico de laboratorio de parotiditis en la era posvacunal. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2003;21(2):116-20.
- Ellies M, Laskawi R. Diseases of the salivary glands in infants and adolescents. Head Face Med. 2010;6:1.
- Fattahi T, Lyu P, Van Sickels J. Management of acute suppurative parotitis. J Oral Maxillofac Surg. 2002;60:446-8.
- Hviid A, Rubin S, Mühlemann K. Mumps. The Lancet. 2008;371:932-44.
- Isaacs D. Recurrent Parotitis. J Paediatr Child Health. 2002;38:92-4. Leerdam CM, Martin HCO, Isaacs D. Recurrent parotitis of childhood. J Paediatr Child Health. 2005;41:631-4.
- Litman N, Baum S. Mumps. In: Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases, 7th ed. Ed. Churchill Livingstone; 2009.
- Motamed M, Laugharne D, Bradley PJ. Management of chronic parotitis: A review. J Laryngol Otol. 2003;117(7):521-6.
- Senanayake SN. Mumps: a resurgent disease with protean manifestations. Med J Aust. 2008;189:456-9.
- Spiegel R, Miron D, Sakran W, et al. Acute neonatal suppurative parotitis: Case reports and review. Pediatr Infect Dis J. 2004;23(1):76-8.
- Stong B, Sipp J, Sobol S. Pediatric parotitis: A 5-year review at a tertiary care pediatric institution. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2006;70(3):541-4.
- Tapia L, del Rio G, Picazo B, y cols. Parotiditis recurrente. An Pediatr (Barc). 2004;60(1):85-6.
- Templer J, Liess B. Parotitis. eMedicine, 2009 [Internet]. [en línea] [actualizado el 06/07/2009; consultado el 04/04/2010]. Disponible en <http://emedicine.medscape.com/article/882461-overview>



Notas aclaratorias

- ¹ Entre 2006 y 2007 se observó un aumento de la incidencia. La mayor parte de los casos se produjo en cohortes vacunadas entre 1993 y 1999 (periodo de uso de la cepa Rubini), vacunadas con una sola dosis o no vacunadas. Enfermedad inmunoprevenible sometida a vigilancia epidemiológica.
- ² Las causas de la parotiditis recurrente no están claras: se han propuesto hipótesis autoinmunes, genéticas, alérgicas, infecciosas y anatómicas, pero ninguna ha sido comprobada. La hipótesis más probable incluye una posible disfunción del orificio de Stenon (o Stensen) que condicionaría una disminución del flujo salivar y una predisposición a sufrir cambios inflamatorios; la infección retrógrada a partir de la cavidad oral y la deshidratación podrían ser factores coadyuvantes.
- ³ La IgM específica puede detectarse desde los 3-4 días tras el comienzo de la sintomatología.
- ⁴ La ecografía, como la sialografía que ha sido la técnica habitualmente utilizada en el pasado, revela sialectasias y calcificaciones puntuales. Dichos cambios persisten en los periodos intercrisis.
- ⁵ Dada la escasez de casos publicados, la duración del tratamiento que se propone es orientativa. Cabe también la posibilidad de optar, tras un periodo inicial de mejoría, por continuar el tratamiento por vía oral (cefadroxilo a 50 mg/kg/día o amoxicilina/ácido clavulánico a 40 mg/kg/día hasta completar 10 días de tratamiento).
- ⁶ El objetivo terapéutico de la fase aguda es aliviar los síntomas. El tratamiento profiláctico con antibióticos no ha demostrado eficacia en prevenir las recurrencias.
- ⁷ Aunque los antibióticos son prescritos frecuentemente, no se ha demostrado que acorten la duración de los brotes.
- ⁸ La administración de inmunoglobulina específica (contra el virus de parotiditis epidémica) no ha demostrado eficacia en epidemias.

Notas: la *Guía ABE* se actualiza periódicamente (al menos cada 2 años). Los autores y editores recomiendan aplicar estas recomendaciones con sentido crítico en función de la experiencia del médico, de los condicionantes de cada paciente y del entorno asistencial concreto; así mismo se aconseja consultar también otras fuentes para minimizar la probabilidad de errores. Texto dirigido exclusivamente a profesionales.

[🌐] Más información en: http://infodoctor.org/gipi/guia_abe/

[✉] Comentarios y sugerencias en: laguiaabe@gmail.com



Con la colaboración de:



[©] Guía_ABE, 2010. ISBN: 978-84-92848-07-2.