

Casos Clínicos:

EL USO DE SIALOGRAFÍA EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA PAROTIDITIS RECURRENTE JUVENIL: PRESENTACIÓN DE UN CASO

Recibido para arbitraje: 14/125/2009

Aceptado para publicación: 29/04/2010

- **João César Guimarães Henriques.** Alumno del Doctorado en Radiología Odontológica - Facultad de Odontología de la Universidad Estadual Paulista de São José dos Campos, São Paulo (Brasil).
- **Julio Cezar de Melo Castilho.** Profesor Adjunto de la cátedra de Radiología Odontológica de la Universidad Estadual Paulista de São José dos Campos, São Paulo (Brasil).
- **Luiz Cesar de Moraes.** Profesor Titular de la cátedra de Radiología Odontológica de la Universidad Estadual Paulista de São José dos Campos, São Paulo (Brasil).
- **Rafaela Rangel Rosa.** Alumna Del Doctorado em Radiología Odontológica - Facultad de Odontologia de la Universidad Estadual Paulista de São José dos Campos, São Paulo (Brasil).
- **Eliane Maria Kreich.** Alumna del Doctorado en Radiología Odontológica - Facultad de Odontologia de la Universidad Estadual Paulista de São José dos Campos, São Paulo (Brasil). Facultad de Odontología. Universidad Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" campus de São José dos Campos - São Paulo, Brasil.

Dirección para correspondencia

João César Guimarães Henriques

Avenida Engenheiro Francisco José Longo, nº 777 - Bairro: Jardim São Dimas.

CEP: 12245-000. Disciplina de Radiologia Odontológica da Faculdade de Odontologia da

Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" campus de São José dos Campos- São

Paulo, Brasil. E-mail: joacesarhenriques@yahoo.com.br

RESUMEN

La parotiditis recurrente juvenil (PRJ) es una enfermedad inflamatoria de la glándula parótida, generalmente se caracteriza por episodios recurrentes de hinchazón, dolor y fiebre. Después de la parotiditis epidémica, es la PRJ en los niños, la segunda enfermedad más frecuente de las glándulas salivales. La aparición de PRJ se produce alrededor de 6 años de edad y hay una ligera predilección por los varones. La etiología de la enfermedad sigue siendo poco clara y los síntomas tienden a desaparecer con la pubertad. Este estudio reporta el caso de un joven de 12 años que se presentó a la Facultad de Odontología de la Universidad Estadual Paulista, Sao José dos Campos, con una historia de episodios recurrentes de hinchazón de la glándula parótida izquierda asociada con dolor, fiebre y secreción purulenta en los primeros eventos. Terminada la anamnesia, se decidió por obtener sialografías de las dos glándulas parótidas con el uso de material de contraste Lipiodol UF 38% y radiografías panorámicas, seguidas por las evaluaciones morfológicas y funcionales. El paciente se encuentra hoy sin presentar recurrencia de la enfermedad y está bajo seguimiento clínico.

Palabras-Clave: Glándula Parótida, Sialografía, Parotiditis.

ABSTRACT

The Juvenile Recurrent Parotitis (JRP) is an inflammatory disease of the parotid gland, usually characterized by recurrent episodes of swelling, pain and fever. After mumps, the PRJ in children is the

second most prevalent disease of salivary glands. The emergence of PRJ occurs around 6 years old and there is a slight predilection for males. The etiology of the disease remains unclear and the symptoms tend to disappear with puberty. This study reports the case of a twelve years old boy who presented to the Dentistry School of São Paulo State University - campus São José dos Campos- with a history of recurrent episodes of swelling of the left parotid gland associated with pain, fever and purulent discharge in the early events. Finished the anamnesis, sialography were performed with the use of Lipiodol UF 38% contrast material and panoramic radiographs on both parotid glands, followed by morphological and functional assessments. There was no recurrence of the disease and the patient is under follow-up.

Key-Words: Parotid Gland, Sialography, Parotitis.

INTRODUCCIÓN

La parotiditis recurrente juvenil (PRJ) se caracteriza por episodios inflamatorios recurrentes que afectan las glándulas parótidas en los jóvenes (1). Es la segunda enfermedad de la glándula salival más común en niños, y sólo es menos frecuente que las parotiditis epidémicas (papera) (2).

La etiología y la patógena de la PRJ sigue siendo polémica e indefinida, ya que diversos factores causales han sido sugeridos, como las malformaciones congénitas del sistema ductual, infecciones bacterianas, deficiencia de la inmunoglobulina A y G3, manifestaciones auto inmunes locales, alergias y factores hereditarios y genéticos como las mutaciones (3,4,5).

La enfermedad tiene una mayor predilección por los varones y el inicio a menudo se produce alrededor de 6 años, aunque hay informes de que se produzcan a partir de 3 meses a 16 años. Clínicamente, la enfermedad generalmente se presenta como parotiditis con el volumen aumentado de preferencia unilateral, síntomas que la acompañan de fiebre, dolor, sequedad en la boca, saliva mucopurulenta, malestar general y enrojecimiento de la piel circundante. Un signo patognomónico es el aspecto de la papila del conducto de la parótida, que se presenta al examen intrabucal dilatada, hinchada, hiperemiada, y con eventual exudado. La repetición del proceso puede ocurrir varias veces en el mismo año y la frecuencia de estas recurrencias es el mejor criterio para evaluar la gravedad de la enfermedad (6,7).

Por lo general los síntomas de la PRJ disminuyen y pueden desaparecer espontáneamente con el inicio de la pubertad, aunque algunos estudios muestran la recurrencia de los síntomas durante la edad adulta (2).

El método de diagnóstico más común discutido en la literatura es la sialografía, aunque la ecografía se utiliza cada vez más (8,9).

Métodos de tratamientos más conservadores incluyen antibióticos, analgésicos, el ordeño de las glándulas y el uso de sialogogos y procedimientos más invasivos, como la sialografía, la dilatación e irrigación de los conductos, sialoendoscopia seguido de lavado ductal e incluso procedimientos quirúrgicos (10,11).

La técnica sialográfica en particular, tiene una doble función, el diagnóstico y terapia. El resultado sialográfico de imágenes con la perfusión de contraste, permite evaluar y diagnosticar las glándulas salivales normales y las comprometidas. Además, el acto de la técnica sialográfica al dilatar el conducto e inyectar el medio de contraste, permite la limpieza de canales y la eliminación de los residuos relacionados con el proceso inflamatorio que causa la enfermedad (12,13,14).

Los medios de contraste basados en yodo, excepto para los pacientes alérgicos, se sabe que son adecuados para los procedimientos sialográficos a la par que presentan óptima perfusión ductal, excelente radiopacidad y baja toxicidad para los tejidos (15).

Las imágenes sialográficas de las glándulas afectadas, revelan las sialectasias o microdiverticulitis,

mencionadas en la literatura como un posible resultado de la ruptura de los conductos periféricos fragilizados, que liberan material de contraste para dentro del intersticio (9,12).

El objetivo de este estudio fue presentar las conductas diagnósticas y terapéuticas utilizando la sialografía, en la atención prestada a un joven con una historia clínica sugestiva de Parotiditis Recurrente Juvenil.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino, caucásico, de 12 años, se presentó acompañado por su madre en la asignatura de Radiología de la Facultad de Odontología de la Universidad Estadual Paulista, en São José dos Campos - SP, se queja de episodios recurrentes de edema en la parótida izquierda.

En la anamnesia, fue reportado por la responsable del paciente la manifestación anterior de papera (parotiditis epidémica) unilateral izquierda a los 8 años de edad. Y que en los últimos dos años, se mencionan seis episodios de dolor y tumefacción en la región parotídea izquierda, con permanencia aproximada de cuatro a cinco días cada uno, seguidos por fiebre, sequedad de boca y drenaje de pus en los primeros tres eventos.

En la exploración extraoral, el paciente se encontraba asintomático y sin ningún aumento de volumen. Tampoco se observaron cuadros seroconjuntivitis seca, de artritis reumatoide o cualquier otra enfermedad del tejido conectivo que pudiese caracterizar la presencia del Síndrome de Sjögren. Basado en las informaciones recopiladas, algunas hipótesis diagnósticas fueron planteadas, tales como la parotiditis recurrente juvenil, la parotiditis bacteriana, cálculos del conducto parotídeo, pneumoparotiditis, el linfoma, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, tumores y quistes de las glándulas salivales.

Como procedimiento de diagnóstico, se optó por sialografía de las glándulas parótidas del paciente para evaluaciones morfológicas y funcionales. A partir de la glándula parótida izquierda, el orificio del conducto glandular, fue localizado y dilatado a través de sondas de los conductos lagrimales de Bowmann, de números 00 a 04. Luego, se introdujo una cánula en el conducto parotídeo y adaptada a una jeringa Luer conteniendo 0,8 ml del medio de contraste Lipiodol UF (ultra fluido) a 38%, y luego procesado por inyección lenta y cuidadosa de contraste dentro de la glándula. Poco después de la inyección de contenido, se quitó la jeringa y se colocó un trocar con el fin de prevenir cualquier posibilidad de reflujo. Inmediatamente el paciente fue llevado a un aparato de radiografías panorámicas Orthophos 3 C (Sirona Dental Systems, Bensheim, Germany), con el plano sagital medio desviado aproximadamente en 20° en la dirección de la glándula que se desea examinar, con el objetivo de encuadrar la glándula dentro del plano de corte del aparato de rayos X.

La evaluación morfológica sialográfica de la glándula parótida izquierda mostró una dilatación del conducto principal con algunas áreas de estenosis, algunos conductos secundarios visibles y varios puntos radiopacos compatibles con sialectasias, lo que sugiere la característica de "árbol frutal" muy típico del cuadro de comprometimiento glandular (Figura 1A). Evaluación funcional se hizo 10 minutos después de la apertura del sistema de conductos con la eliminación de la cánula seguida de la estimulación glandular, a través de tres gotas de limón en la parte anterior de la lengua. Luego se realizó nuevo examen panorámico en los mismos modelos ya descritos y la imagen producida mostró la persistencia de diversas sialectasias puntiformes (Figura 1B).

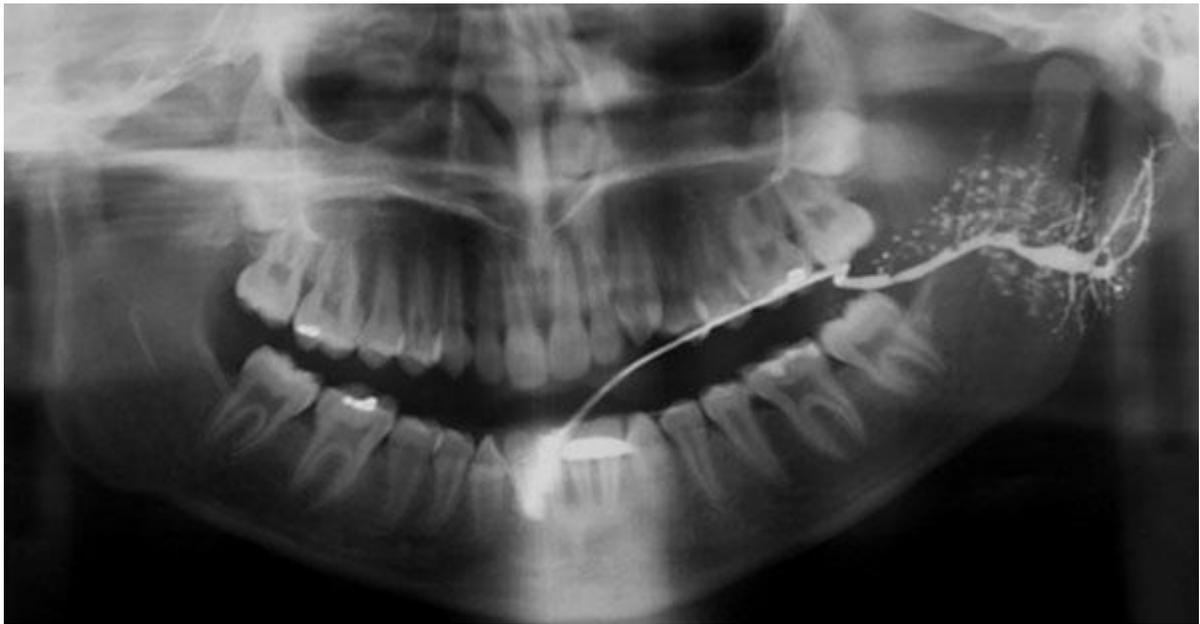


Figura 1A

Sialografía de la parótida izquierda afectada que muestra el aspecto de "árbol frutal".



Figura 1B

Persistencia de las sialectasias puntiformes después de 10 minutos de la apertura del sistema de conductos.

Asimismo, se realizó la evaluación morfológica y funcional idéntica en la glándula parótida derecha. En el análisis morfológico mostró una imagen sialográfica dentro de los límites normales, con el conducto principal que muestra un grosor normal, disminuyendo en ramas y hacia la periferia de la glándula, lo que sugiere la aparición de la "rama seca" (Figura 2A). En la evaluación funcional de la glándula parótida derecha también realizada 10 minutos después de la apertura del sistema de conductos, la sialografía demostró una eliminación completa y total del material (Figura 2B).

La historia clínica, más las conclusiones sialográficas llevaron al diagnóstico definitivo de parotiditis recurrente juvenil. El paciente está bajo observación regular de los exámenes clínicos y tres años transcurridos, sin nuevos episodios de recurrencia de la enfermedad, sugiriendo un proceso de regeneración de la glándula parótida izquierda.



Figura 2A

Sialografía de la parótida derecha muestra el aspecto normal del tipo "rama seca".



Figura 2B

La eliminación total del material de contraste en la parótida derecha después de 10 minutos.

DISCUSIÓN

La parotiditis recurrente juvenil es una enfermedad inflamatoria recurrente de las glándulas parótidas, de etiología incierta que afecta principalmente a los hombres y generalmente se presenta con aumento de volumen unilateral, asociado con dolor, fiebre y sequedad en la boca (1-13).

En este informe de caso, todos estos hallazgos clínicos estuvieron presentes, además de incluir unos pocos episodios de drenaje de pus, esto no siempre está presente en esta enfermedad, lo que indica una mayor gravedad de la inflamación (9).

Durante la anamnesia, la constatación de la ocurrencia previa de la parotiditis epidémica es esencial para la eliminación de esta hipótesis de diagnóstico, ya que es una enfermedad que generalmente ocurre una sola vez en la vida (16,17).

La ausencia de queratoconjuntivitis seca, de la artritis reumatoide y las enfermedades del tejido conectivo, se consideraron esenciales para descartar la posibilidad de Síndrome de Sjögren, una enfermedad rara, pero también debe ser investigada en el diagnóstico diferencial (13).

Aunque la ecografía viene ganando terreno por tratarse de un método diagnóstico no invasivo en PRJ, la sialografía sigue siendo el método más tradicional y se utiliza tanto como función diagnóstica como también terapéutica, aunque puede no tener éxito en todos los casos (18).

La dilatación ductal seguida de la inyección de contraste liposoluble en la glándula afectada, fueron

suficientes para diagnosticar y tratar la enfermedad mediante la eliminación de las proteínas precipitadas en la luz de los conductos, un hecho confirmado por la ausencia de recidiva después de 3 años de seguimiento. En el atendimento del joven paciente, la evaluación morfológica sialográfica de la glándula izquierda afectada se dio por la visualización radiográfica clásica, que mostró una dilatación del conducto principal con áreas de estenosis y diversas sialectasias puntiformes compatibles con el aspecto típico de "árboles frutales" o "racimo de uva" (2,7,9,12).

La evaluación funcional sialográfica de la parótida izquierda a través de las gotas de limón en la lengua del paciente, demuestra la dificultad de la glándula para eliminar el Lipiodol UF después de 10 minutos de la apertura del sistema de conductos. La glándula derecha, ausente de síntomas, la evaluación morfológica reveló una distribución uniforme del contraste en todo el sistema de conductos y la evaluación funcional, también después de 10 minutos, demostró la eliminación completa del material inyectado.

La radiografía panorámica en la sialografía de este informe del caso, mostró un examen valioso por permitir excelente imagen de las glándulas estudiadas, con detalles precisos de la dispersión del material de contraste inyectado. El desvío del plano sagital medio en 20° hacia la glándula de interés, durante la ejecución de las radiografías panorámicas, fue una modificación técnica simple y esencial para la obtención de imágenes sialográficas de excelente nivel de diagnóstico (19).

CONCLUSIONES

- El método sialográfico, mediante radiografía panorámica y la inyección de contraste lipiodol ultra fluido, resultó ser muy eficaz tanto en la evaluación morfológica de las glándulas normales cuánto aquellos con las parotiditis.
- La evaluación radiográfica funcional hizo después de 10 minutos del goteo del limón en la porción anterior de la lengua del paciente, consistió un método eficaz para evaluar el desempeño de drenaje glandular.
- La sialografía, aunque a diferencia de la ecografía, es un método de imagen no invasivo; debe seguir siendo indicado debido la utilidad dual que permite tanto el diagnóstico cuánto el tratamiento seguido por la cura de la enfermedad.

REFERENCIAS

1. Miziara ID, Campelo VES. Infantile recurrent parotitis: follow up study of five cases and literature review. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2005;71(5):570-5.
2. Fonseca ACO, Calzeta CZ, Linares FDC, Filho IB. Clinical manifestations of the children's chronicle recurrent parotitis. *Acta ORL.* 2007;25(1):47-50.
3. Mandel L, Bijoor R. Imaging in a case of recurrent parotitis in children. *J Oral Maxillofac Surg.* 2006;64:984-988.
4. Morales-Bozo I, Landaeta M, Urzua-Orellana B, Retamales P. Association between the occurrence of matrix metalloproteinases 2 and 9 in parotid saliva with the degree of parotid gland damage in juvenile recurrent parotitis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radio Endod.* 2008;106:377-83.
5. Quenin S, Plouin-Gaudon I, Marchal F, Froehlich P, Disant F, Faure F. Juvenile recurrent parotitis. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2008;134(7):715-19.

6. Nahlieli O, Shacham R, Shlesinger M, Eliav E. Juvenile Recurrents Parotitis: A new method of diagnosis and treatment. *Pediatrics*. 2004;114(1):9-12.
7. Sitheequ M, Sivachandran Y, Varathan V, Ariyawardana A, Ranasinghe A. Juvenile recurrent parotitis: clinical, sialographic and ultrasonographic features. *Int J Paediatr Dent*. 2007;17:98-104.
8. Bricks FL, Rollo JPGA, Sugimoto SC. Recurrent parotitis of childhood. *Rev Paul Pediatría*. 2007;25(2):190-2.
9. Baurmash HD. Chronic recurrent parotitis: a closer look at its origin, diagnosis, and management. *J Orl Maxillofac Surg*. 2004;62:1010-18.
10. Kolho KL, Saarinen R, Paju A, Stenman J, Stenman UH, Pitkaranta A. New insights into juvenile parotitis. *Acta Paediatrica*. 2005;94:1566-70.
11. Shacham R, Droma ER, London D, Bar T, Nahlieli O. Long-term experience with endoscopic diagnosis and treatment of juvenile recurrents parotitis. *J Oral Maxillofac Surg*. 2009;67:162-7.
12. Mandel L, Witek EL. Chronic parotitis: diagnosis and treatment. *J Am Dent Assoc*. 2001;132:1707-11.
13. Stiller M, Golder W, Doring E, Biedermann T. Primary and secondary Sjogren`s syndrome in children-a comparative study. *Clin Oral Invest*. 2000;4:176-82.
14. Di Hipólito Júnior O, Kreich EM, Neto FH, Boscolo FN. Sialography of clinically normal parotid glands: anatomic classification and correlation with glandular function. *Rev Odontol Univ São Paulo*. 1997;11(2):139-45.
15. Nagem-Filho H, Nagem HD, Coutinho KQ, Francisconi PAS, Dilascio MLC. Potencial Irritativo do Lipiodoluf e Hexabrix 320 utilizados em Sialografia. *Rev Port Estomatol Cir Maxilofac*. 2007;48:95-101.
16. Hatchette TF, Mahony JB, Chong S, LeBlanc JJ. Difficulty with mumps diagnosis: what is the contribution of mumps mimickers. *J Clin Virol*. 2009;46(4):381-4.
17. Barskey AE, Glasser JW, LeBaron CW. Mumps resurgences in the United Ststes: A historical perspective on unexpected elements. *Vaccine*. 2009;27(44):6186-95.
18. Arregui RV, Tamblay NN, Esquivel PC. Caso clínico: Un tratamiento alternativo a la parotiditis crónica. *Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello* 2008; 68: 43-48
19. Pappas GC, Wallace WR. Panoramic sialography. *Dent Radiogr Photogr*. 1970;43(2):27-33.