

112416

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**Facultad de Medicina
División de Estudios de Postgrado
Hospital Infantil de México "Dr. Federico Gómez"
Subdirección de Enseñanza e Investigación**

Utilidad de la Sialografía Seriada en el Tratamiento Alternativo de
Pacientes con Parotiditis Crónica Recurrente

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE

Médico Sub-especialista en Otorrinolaringología Pediátrica

Presenta:

Dra. Alma Rosa de la Mora Fernández

Asesores de Tesis:

**Dr. Carlos de la Torre González
Dra. Alicia Alvarez Chávez**

**Asesor Metodológico:
MC. Psic. Gabriela Tercero Quintanilla.**

MEXICO, D. F.

2005

m347895



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

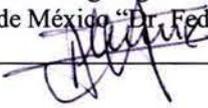
**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

HOJA DE AUTORIZACIONES

Utilidad de la Sialografía Seriada en el Tratamiento Alternativo del Paciente con Parotiditis Crónica Recurrente.

Los que abajo suscriben manifiestan su acuerdo y participación en este trabajo.

Dra. Alma Rosa de la Mora Fernández.
Residente de sexto grado de la subespecialidad
En Otorrinolaringología Pediátrica del Hospital
Infantil de México "Dr. Federico Gómez"





SUBDIVISIÓN DE ESPECIALIZACIONES
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



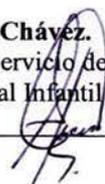
Dr. Carlos de la Torre González.
Jefe del Servicio de Otorrinolaringología Pediátrica
del Hospital Infantil de México "Dr. Federico Gómez"

Asesor de Tesis.



Dra. Alicia Alvarez Chávez.
Médico Adscrito al Servicio de Otorrinolaringología
Pediátrica del Hospital Infantil "Dr. Federico Gómez"

Asesor de Tesis.





M.C. Psic. Gabriela Tercero Quintanilla.

Psicóloga adscrita al Departamento de Psiquiatría
y Medicina del Adolescente del Hospital Infantil de México
"Dr. Federico Gómez".

Asesor Metodológico.



Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo de tesis.

NOMBRE: Alma Rosa De la Mora Fernández

FECHA: 19-sep-2005



UTILIDAD DE LA SIALOGRAFIA SERIADA EN EL TRATAMIENTO ALTERNATIVO DEL PACIENTE CON PAROTIDITIS CRONICA RECURRENTE

INVESTIGADORES:

Dra. Alma Rosa de la Mora Fernández
Residente de sexto año del Servicio de Otorrinolaringología Pediátrica

ASESORES:

Dr. Carlos De La Torre González
Jefe del Servicio de Otorrinolaringología Pediátrica

Dra. Alicia Alvarez Chávez
Médico adscrito al Servicio de Otorrinolaringología Pediátrica

ASESOR METODOLOGICO

M.C. Psic. Gabriela Tercero Quintanilla.
Psicóloga adscrita al Departamento de Psiquiatría y Medicina del
Adolescente.

SEDE:

Servicio de Otorrinolaringología Pediátrica, Hospital Infantil de México "Dr.
Federico Gómez"

INDICE

Contenido:	Página
- Dedicatorias	5
- Agradecimientos	6
- Marco Teórico	7
- Justificación	13
- Objetivo General	13
- Metodología	14
- Resultados	17
- Discusión	21
- Conclusión	23
- Bibliografía	24
- Anexo1	26
- Anexo 2	27
- Fotos	28

Dedicatorias:

-A la memoria de mi Padre.

-A mi Madre, que siempre me ha apoyado en todo.

-A Francisco, por su amor, apoyo y paciencia. Gracias por ayudarme a realizar mis metas.

-A Dany y Alex, por ser el motor de mi vida.

Agradecimientos:

-A los niños del Hospital Infantil de México, por permitirme conocerlos y aprender de ellos.

-A mis maestros: Dr. De la Torre, Dra. Alvarez, Dr. Aguilar y Dr. Neri. Por su apoyo y por compartir conmigo sus experiencias y conocimientos.

-A todo el personal de Otorrinolaringología pediátrica: Médicos, enfermeras y personal administrativo, que colaboró de alguna forma en mi formación.

-A la Dra. Gabriela Tercero Quintanilla, por su tiempo y dedicación en la asesoría de éste trabajo.

-A la Dra. Hilda Palafox, por participar en forma directa en la realización de este estudio.

-A mis compañeros: Peñaloza, Rodríguez, Acosta y Lugo por compartir durante estos años frustraciones y logros.

-A Maricruz, Ana Ruth, Carlos, Cecy y Jorge, por estar siempre dispuestos a ayudarme incondicionalmente.

I.-MARCO TEORICO.

Parotiditis Crónica Recurrente.

La parotiditis crónica recurrente o recidivante juvenil (PCR), se define como la inflamación recurrente de la glándula parótida, unilateral o bilateral, con dos o más episodios por año ⁽¹⁾, separados por intervalos de tiempo asintomáticos y sin enfermedad sistémica acompañante ^(2, 3).

Una característica particular consiste en la presencia de sialectasias de origen no obstructivo. El padecimiento generalmente inicia entre los tres y seis años de edad; se caracteriza por episodios recurrentes inflamatorios, dolorosos, con induración que puede durar entre dos y catorce días, de aparición súbita y que puede acompañarse de fiebre, salida de material mucopurulento por el conducto de Stenon y xerostomía ⁽⁴⁾. La presentación es unilateral en la mayoría de los casos con predominio en sexo masculino 3:1, sin embargo a partir de la pubertad suele presentarse más frecuentemente en sexo femenino ⁽³⁾, (figura 1).

El mecanismo etiopatogénico aún no es claro, se ha relacionado con una disminución del flujo salival, que condiciona cambios displásicos en la glándula y metaplasia en el epitelio de ductos distales, con aumento de secreción mucosa, que la predisponen a la inflamación recidivante ⁽⁴⁾. Algunos autores consideran como posible etiología la presencia de anomalías congénitas en el sistema ductal de la glándula parótida ^(3,4). Puede relacionarse así mismo a infección ascendente en sentido retrogrado de cavidad oral a la glándula a través del conducto de Stenon, facilitada por deshidratación como ocurre en cuadros infecciosos de vías respiratorias superiores. Otra teoría se ha relacionado con un patrón de transmisión de la enfermedad indicativo de una herencia autosómica dominante con una penetración incompleta y una expresividad variable, ya que se ha repetido la presentación de esta patología en varios miembros de una misma familia ^(5,6). Otras causas atribuibles son factores alérgicos y deficiencias inmunológicas ^(2, 7,8).

Nahlieli ⁽⁹⁾ demostró mediante revisión endoscópica de la glándula una apariencia avascular del epitelio ductal. Esta apariencia sugiere la posible etiología de la PCR y propone que la falta de vascularidad provoca alteraciones en el esfínter del conducto parotídeo, impidiendo el drenaje de saliva fuera de la glándula dando como consecuencia obstrucción e infección crónica o recurrente.

La PCR constituye la segunda patología inflamatoria más frecuente de parótida seguida de la parotiditis viral o endémica, por lo que resulta difícil su diagnóstico en la población pediátrica ⁽⁹⁾.

La evolución natural de la enfermedad, es hacia la remisión espontánea en la pubertad (80 a 90%)⁽¹⁰⁾; aunque pueden persistir las recurrencias hasta la edad adulta, habitualmente con presentación más severa. Se han propuesto dos teorías para explicar la recuperación espontánea de la enfermedad: La atrofia total del parénquima glandular por daño en el epitelio ductal, con la consecuente ausencia de sintomatología y la regeneración de la glándula a partir del sistema ductal sobreviviente⁽³⁾.

Aunque es motivo de controversia, si el proceso inflamatorio condiciona infección agregada el mecanismo fisiopatológico sería una infección retrograda de cavidad oral a parótida a través del conducto de Stenon. Apoyan esta posibilidad el hallazgo de gérmenes habituales en la boca como *streptococcus viridians*, *staphylococcus aureus*, *streptococcus pneumoniae* y menos frecuente *haemophilus influenzae*⁽¹¹⁾. No se ha demostrado que exista diseminación hematógena bacteriana^(11,12).

El diagnóstico de la parotiditis crónica recurrente juvenil es clínico y radiológico basándose en edad de inicio, presentación de recurrencias, características de la inflamación parotídea, dolor, fiebre, y ocasionalmente salida de material purulento a través del conducto de Stenon, teniendo como signo patognomónico la presencia de papila del conducto de Stenon que consiste en inflamación del orificio de entrada del conducto con presencia de saliva mucosa generalmente espesa y blanquecina⁽⁹⁾.

El estudio de imagen que aporta datos específicos es la sialografía convencional que consiste en la dilatación y canalización del orificio de entrada del conducto glandular, con la administración de medio de contraste hidrosoluble yodado a la glándula salival⁽¹³⁾, (Figura 3).

La sialografía se ha postulado como la prueba diagnóstica más fiable en parotiditis crónica recurrente. Su diagnóstico se basa en los hallazgos sialográficos, teniendo en consideración que no es un método diagnóstico del todo inocuo ya que es un procedimiento invasivo, que requiere administración de medio de contraste, se realiza con radiación ionizante y necesita de la cooperación del paciente lo cual es un inconveniente en niños pequeños. Sin embargo aporta datos característicos muy claros para el diagnóstico de la enfermedad, por lo que continúa siendo de gran valor en el diagnóstico de la parotiditis crónica recurrente^(1, 2, 3,14). La sialografía parotídea emplea medio de contraste positivo para la demostración radiográfica de la anatomía ductal de la glándula parótida y constituye un procedimiento retrógrado invasivo, con inyección de contraste radio-opaco en la glándula a través de la abertura intraoral del conducto de Stenon. La técnica está contraindicada cuando el paciente presenta infección activa, ya que facilita la propagación de la infección al interior de la glándula, además de ocasionar dolor importante durante la realización del estudio. Una contraindicación para efectuarla es historia previa de alergia al medio de contraste yodado.

Los contrastes hidrosolubles suelen ser menos viscosos y más miscibles con la saliva que los liposolubles. Uno de los materiales hidrosolubles yodados más utilizado es el medio de contraste Conray (Mallinklod MR), que se utiliza a una concentración del 30%. Este material tiene una baja viscosidad que facilita la inyección, sin llegar a escapar del sistema ductal. No existen reportes de reacción a cuerpo extraño por extravasación del medio de contraste. El equipo utilizado puede variar de acuerdo a la preferencia del médico; generalmente se utilizan:

1. Cánulas sialográficas (Cánulas de Ravinov con puntas 0.03 y 0.08cms).
2. Un juego de dilatadores lagrimales con calibres entre 0 y 0000. 3 Jeringas, de 3, 5ml y 10 ml.
3. Gasas, abate lenguas, secretagogos (jugo de limón).
4. Medio de contraste Conray Mallinklod MR. (3 a 5 ml.).
5. Luz adecuada enfocada (generalmente lampara frontal).

La técnica para realizar el estudio varía de acuerdo a la edad del paciente. Cuando existe adecuada cooperación se puede realizar sin ningún tipo de anestesia. En caso necesario se puede utilizar sedación. Se cánula el conducto de Stenon previa dilatación, se administra secretagogo y se aplica el medio de contraste con jeringa a presión manual. Se realizan placas radiográficas lateral y antero posterior. El vaciamiento completo del medio de contraste se consigue aproximadamente 30 minutos después de la aplicación. (Figura 2). En la parotiditis crónica recurrente, los hallazgos en la sialografía han mostrado imágenes características ⁽²⁴⁾, (Figura 4) que permitieron que en 1971, Hamawey ⁽⁴⁾, propusiera la siguiente clasificación con base a estos hallazgos:

- a) Sialectasia del conducto principal, debida a dilatación del conducto de Stenon.
- b) Sialectasia punctante del sistema ductal, con múltiples áreas opacificadas, redondeadas, pequeñas, en ductos menores.

Mas adelante esta clasificación fue modificada por Gares-Noyek en 1977 ⁽⁸⁾, y comprende los siguientes hallazgos:

- a) Apariencia de árbol podado. En los estadios iniciales, los ductos se estrechan y disminuyen en número.
- b) Sialectasia punctante. Los ductos periféricos presentan dilatación punctante menor a 1 mm en su diámetro y el sistema ductal intraglandular es estrecho y adelgazado.

- c) Sialectasia globular. Los ductos son entre 1 y 2 mm de tamaño y esto puede dar apariencia de moteado por lo que se compara con árbol en flor.
- d) Sialectasia cavitatoria. Da la apariencia de cavidades que se opacifican.
- e) Sialectasia destructiva. Se relaciona con estadio avanzado y agresivo y es por extravasación del sistema ductal ⁽⁴⁾.

Se ha observado que los cambios típicos encontrados principalmente en la parotiditis crónica recurrente consisten en: sialectasia punctante y sialectasia globular. La sialectasia punctante se ha reportado en el 69% de las glándulas sintomáticas ⁽⁴⁾. También se presenta imagen del sistema ductal disminuido de tamaño con imágenes características de “árbol podado”; otros hallazgos sialográficos son imágenes con inflamación del parénquima glandular y atrofia ductal, mismas que en ocasiones dificultan el paso del material de contraste, al realizar el estudio. Otra modalidad de la sialografía que es de gran utilidad, es la sialografía de substracción digital ⁽⁴⁾.

La sialografía no solo tiene utilidad diagnóstica, ya que el lavado ductal con material yodado, puede actuar como medida terapéutica alternativa para el tratamiento de la parotiditis crónica recurrente ^(2, 3, 9, 11-16).

El uso de la sialografía como una forma de tratamiento, fue propuesto por primera vez por Galini y cols.⁽⁹⁾. El paso del material de contraste hidrosoluble yodado provoca el lavado del sistema ductal con buenos resultados al disminuir el número de recurrencias. En algunos pacientes se logra detener incluso el curso de la enfermedad ⁽⁹⁾.

El estudio ultrasonográfico es de gran utilidad ya que reporta datos de dilatación ductal, litiasis e inflamación parotídea. Los datos encontrados en ultrasonografía, cuando se reportan zonas hipoecoicas, son equiparables a la sialografía, sin tener la especificidad de esta, en la determinación de sialectasia ductal o punctante. Una ventaja del estudio ultrasonográfico es la facilidad para su realización ya que no es un procedimiento invasivo y no se requiere de ninguna preparación para efectuarlo ⁽¹⁵⁾. Cuando en el estudio ultrasonográfico se detecta lesión sólida o imagen de masa intraparenquimatosa está indicado realizar estudio de resonancia magnética nuclear y tomografía computada ⁽¹⁾.

La sialoendoscopia se ha propuesto como un método novedoso de diagnóstico, aunque presenta limitaciones, principalmente en niños. Su aplicación principal es la sospecha de sialolitiasis ⁽¹⁷⁾.

Otro auxiliar de diagnóstico es la citología salival. El resultado del estudio citológico de la saliva proveniente del conducto de Stenon normalmente

es acelular. En la parotiditis crónica recurrente se aprecian abundantes granulocitos, algunos linfocitos y bacterias hasta en un 50% (flora mixta de cavidad oral) ⁽¹¹⁾.

Por otra parte, los estudios histopatológicos de la glándula en la PCR reportan dilatación ductal con infiltrado de linfocitos en estróma que recubre el sistema ductal, con hiperplasia y metaplasia ⁽⁴⁾.

El diagnóstico diferencial se efectúa con la parotiditis viral endémica la cual se presenta más frecuentemente en la primavera, con compromiso sistémico, importante, ataque al estado general, fiebre elevada y aumento de volumen parotídeo y que cede habitualmente a los siete días con medidas generales y antipiréticos.

Otras variantes que deben incluirse son: parotiditis bacteriana, litiasis del conducto de Stenon, tumores de la glándula, diversas enfermedades de la glándula (síndrome de Heerfordt, síndrome de Mikulicz, tuberculosis parotídea); enfermedades autoinmunes como síndrome de Sjögren, infección por Epstein-Barr, Citomegalovirus, e inmunodeficiencia de Ig A, Ig G3 ^(18,19), metabólicas y fibrosis quística, neumoparotiditis, linfomas, diabetes mellitus y desnutrición ^(2,9).

El tratamiento se establece de acuerdo a la fase de evolución. El objetivo terapéutico en la fase aguda consiste en aliviar los síntomas y prevenir el daño en el parénquima glandular. Suele ser suficiente el manejo con antiinflamatorios o analgésicos y medidas generales como masaje, calor local y sialogógos que faciliten el flujo salival. Dependiendo de los reportes de microbiología, o en forma empírica se indican antimicrobianos como amoxicilina-clavulanato. La profilaxis antimicrobiana durante la fase asintomática no ha demostrado que altere el curso de la enfermedad ni disminuya el número de recurrencias por lo que actualmente no tiene indicación ⁽³⁾.

El manejo con lavados seriados con solución salina ⁽¹⁵⁾ material yodado ⁽¹²⁾ e hidrocortisona ⁽⁹⁾, se han propuesto con buena eficacia para disminuir el número de recidivas y evitar así mayor daño intraparenquimatoso y ductal ^(2,9,11,12,15,16).

Si bien el curso natural de la enfermedad tiende hacia la remisión espontánea en la pubertad, pueden persistir las recidivas en algunos pacientes llegando a presentarse hasta la edad adulta, en cuyo caso suele manifestarse en forma más severa pudiendo ameritar incluso manejo quirúrgico, ya sea con parotidectomía superficial o total, con riesgo de daño al nervio facial ^(3, 18,19).

Existen otras medidas terapéuticas alternativas propuestas como radioterapia (que fue utilizada en el pasado sin beneficio terapéutico

demostrado) o ligadura del conducto de Stenon y neurectomía timpánica que actualmente se encuentran en desuso ^(4, 8,20).

Algunos autores han utilizado la toxina A botulínica con buenos resultados aunque sus beneficios aún no están totalmente demostrados ^(21,22).

A pesar de las controversias, el manejo siempre estará encaminado a disminuir las recurrencias, previniendo así mayor daño al estoma glandular ^(2, 9,12).

JUSTIFICACIÓN:

La PCR se caracteriza por episodios inflamatorios recurrentes de la o las glándulas parótidas que se manifiestan a temprana edad con un curso insidioso, que si bien tiende a la remisión espontánea en la adolescencia, se ha establecido que puede originar daño importante al parénquima glandular y sistema ductal con atrofia glandular. Estas complicaciones están relacionadas en forma directamente proporcional al número y severidad de los episodios.

El manejo profiláctico con antimicrobianos no ha demostrado ningún beneficio sobre las recurrencias. Cada episodio se maneja habitualmente con medidas generales, antimicrobianos y antiinflamatorios. En casos severos con pobre respuesta al tratamiento médico, se ha llegado a medidas quirúrgicas radicales como la parotidectomía superficial o total, que conlleva una alta morbilidad. Como consecuencia se ha propuesto a la sialografía con medio de contraste yodado como manejo terapéutico alternativo, ya que el lavado ductal, logra una permeabilización mecánica y dilatación en el sistema excretor glandular. El medio de contraste yodado tiene el beneficio adicional de actuar como antiséptico, logrando atenuar las recurrencias o detener el curso de la enfermedad. Comparativamente a los manejos establecidos, las sialografías seriadas presentan riesgo mínimo de complicaciones, impiden el desarrollo de resistencia bacteriana y evitan la posibilidad de cicatrices y daño al nervio facial. En nuestro país no tenemos antecedentes de esta alternativa de tratamiento y en la literatura mundial existen contados reportes con resultados alentadores.

OBJETIVO GENERAL:

Determinar la utilidad de la sialografía seriada en el tratamiento del paciente con parotiditis crónica recurrente

II.- Metodología:

1. Lugar: El estudio se realizó en el servicio de Otorrinolaringología Y Departamento de Radiología del Hospital infantil de México "Dr. Federico Gómez"; que es una institución de tercer nivel de atención, de referencia nacional dependiente de la Secretaria de Salud.
2. Diseño del estudio: Transversal, Retrospectivo
3. Población: La muestra de estudio estuvo conformada por 30 pacientes, hombres y mujeres de 1 a 11 años de edad con diagnóstico de parotiditis crónica recurrente, atendidos en el Hospital infantil de México, de junio de 1996 a febrero del 2005.
4. Muestra: Se obtuvo mediante un muestreo no probabilístico de casos consecutivos.
5. Criterios de Inclusión:
Pacientes de ambos sexos con:
 - Edad de 0-18 años con diagnóstico de parotiditis crónica recurrente.
 - Ausencia de enfermedad sistémica asociada.
 - Mas de dos episodios de parotiditis crónica recurrente
 - Expedientes clínicos completos.
6. Criterios de Exclusión:
Pacientes con:
 - Diagnóstico de litiasis del conducto de Stenon.
 - Diagnóstico de neoplasia parotídea.
 - Antecedente de cirugía previa de parótida.
7. Criterios de Eliminación:
 - Pacientes que abandonaron el tratamiento.
8. Variables del estudio:

- Edad: Años del paciente desde nacimiento hasta inicio de enfermedad.

Es una variable cuantitativa discreta expresada en meses.

- Sexo: Característica fenotípica que distingue masculino, femenino.

Es una variable cualitativa, nominal dicotómica con dos categorías: masculino, femenino.

- Glándula parotídea afectada: Órgano cuya función es elaborar saliva.

Es una variable cualitativa nominal con tres categorías: derecha, izquierda, bilateral.

- Enfermedad asociada: Proceso patológico agregado.

Es una variable cualitativa nominal con cinco categorías: infección de vías respiratorias, amigdalitis crónica, alergias, reumatológicos y otros.

- Antecedente familiar: Presentación de la patología en algún miembro de la familia en línea directa con el paciente.

Es una variable cualitativa nominal dicotómica: Presente, Ausente.

- Vacuna Parotiditis: Preparación antigénica específica, cuya administración provoca en el organismo la inmunización activa contra la parotiditis.

Es una variable cualitativa nominal dicotómica: Esquema completo e incompleto.

- Número de sialografías realizadas: Números de procedimientos radiológicos con administración de medio de contraste en conducto parotídeo.

Es variable cuantitativa discreta expresada en número de eventos.

- Episodios previos: Número de eventos antes del inicio de tratamiento.

Es una variable cuantitativa discreta expresada en número de eventos

- Recurrencia posterior a la sialografía: Número de eventos posterior al inicio del tratamiento.

Es una variable cuantitativa discreta expresada en número de eventos.

- Tratamiento adicional: Manejo médico antimicrobiano administrado durante cada recurrencia.

Es una variable cualitativa nominal dicotómica: Con manejo adicional o sin manejo adicional.

- Estado actual: Condición del paciente en el momento de la última consulta con respecto a la enfermedad de base.

Es una variable cualitativa nominal dicotómica: Sintomático, asintomático.

9. Instrumentos: Sialografía. Es un procedimiento radiográfico, invasivo, que consiste en la administración de medio de contraste yodado en la glándula parótida, a través del conducto de Stenon. Se realiza bajo sedación y cuando es posible contar con una adecuada cooperación se efectúa sin anestesia.

Se dilata el conducto de Stenon con dilatador de vías lagrimales con calibre 0 y 0000, se coloca cánula tipo Ravinov, de calibre 0.03 y 0.08cms. Conectado a jeringa con medio de contraste yodado Conray Mallinklod MR, se administra a presión manual aproximadamente de 3 a 5 ml., previa aplicación de sialogogo; se realizan placas radiográficas antero posterior y lateral.

10. Descripción general del estudio:

Se revisaron todos los expedientes de los pacientes con diagnóstico de PCR, atendidos en el servicio de Otorrinolaringología y Departamento de Radiología, en el periodo de estudio, y que cumplieron con los criterios de selección. Se registraron los datos pertinentes en la hoja de captura de datos diseñada para el estudio (anexo 1), el manejo de sialografías seriadas se llevó a cabo mediante el protocolo descrito (anexo 2).

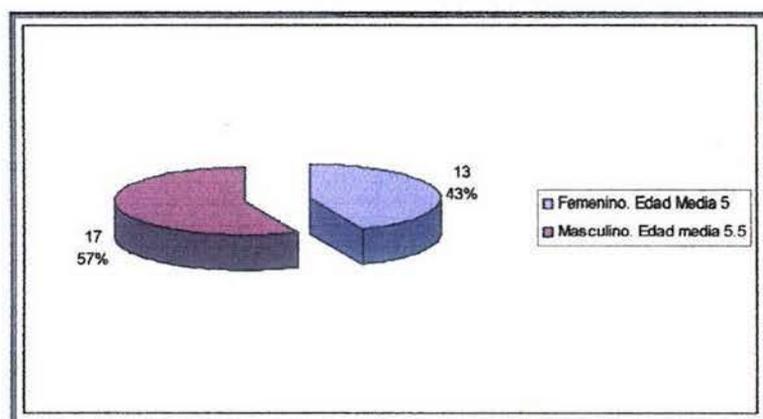
11. Análisis Estadístico: Se realizó estadística descriptiva a través del paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS) versión 10.0, que incluyó la distribución de frecuencias y la mediana como medida de tendencia central; También una estadística inferencial, mediante la prueba de Kruskal-Wallis para determinar si existía diferencia estadísticamente significativa en el número de recurrencias antes y posterior a la realización de sialografías seriadas.

12. Aspectos Éticos: En virtud de ser este un estudio retrospectivo con base a la revisión de expedientes clínicos, se considera de riesgo inferior al mínimo, motivo por el cual no fue necesario el consentimiento informado de los pacientes ni los padres.

III Resultados:

Se revisaron 30 expedientes de pacientes con diagnóstico de parotiditis crónica recurrente atendidos en el servicio de Otorrinolaringología y departamento de radiología del Hospital Infantil de México "Dr. Federico Gómez", desde junio de 1996 a febrero del 2005, con edad media de 6 años, (con rango de edad de 1 a 11 años), de los cuales 13 fueron del sexo femenino (43.3%) y 17 del sexo masculino (56.7%). La edad media del sexo masculino fue de 6 años y del femenino de 5 años. (Figura 1).

Figura 1.- Distribución de la PCR por sexo



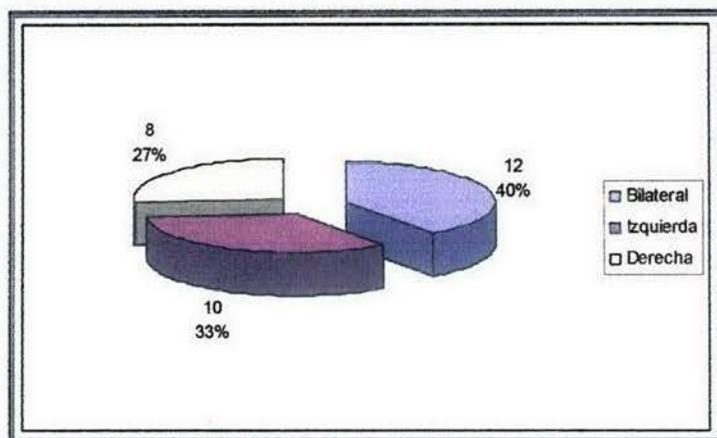
La edad de inicio de la enfermedad se reportó con una media de 4 años (rango entre 7 meses y 7 años).

Se presentaron en promedio seis cuadros previos a su ingreso con máximo de 12 episodios y mínimo de dos, con duración de 5 días en cada recurrencia.

En cuanto a su presentación, la glándula izquierda se afectó en 10 pacientes (33 %), derecha en 8 (27 %) y bilateral en 12 (40 %). (Figura 2)

Se contó con esquema de vacunación completa para parotiditis en 26 pacientes (86.7%)

Figura 2.- Distribución de glándula afectada de pacientes con PCR



Los datos clínicos encontrados fueron: aumento de volumen en 30 pacientes (100%), fiebre en 12 (40%), dolor en 29 (96.7%) y supuración en 2 (6.7%).

Se reportó patología asociada en 14 pacientes, de los cuales infección de vías respiratorias superiores se documentó en 4, amigdalitis crónica en 2, rinitis alérgica en 2, inmunodeficiencia en 3, otros padecimientos tales como cardiopatía congénita, enfermedad por reflujo en 3 pacientes; el resto no presentó ninguna patología agregada. En 3 pacientes (10%) se reportó antecedente familiar de parotiditis crónica recurrente.

En ningún paciente se tomó muestra para cultivo.

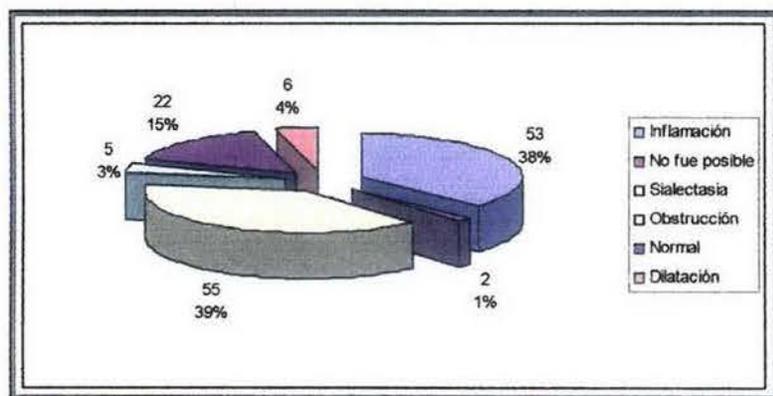
15 pacientes recibieron tratamiento adicional en cada recurrencia con antimicrobiano, 6 con amoxicilina clavulanato, 7 con clindamicina, 1 con penicilina G sódica y 1 con trimetoprim-sulfametozaxol. En 18 pacientes se realizaron estudios adicionales tales como ultrasonografía en 10 pacientes, tomografía computada en 3, cultivo de secreción en 3 y prueba de ELISA para VIH en 2.

Ningún paciente reportó agudización de la parotiditis crónica recurrente posterior a la realización inmediata del estudio de sialografía. No se reportaron accidentes ni complicaciones durante la administración del medio de contraste.

El estado actual en 25 pacientes hasta la última consulta se reportó con estado asintomático, con induración de la glándula en 4 pacientes y persistencia de inflamación en 1 paciente.

Los hallazgos radiológicos en 143 procedimientos realizados fueron: datos de inflamación en 53(37.0%), sialectasia en 55 (38.4%), obstrucción en 5 (3.49%), dilatación en 6 (4.19%), no fue posible administrar el medio de contraste en 2 (1.39%) y estudio normal en 22 (15.3%). (Figura 3).

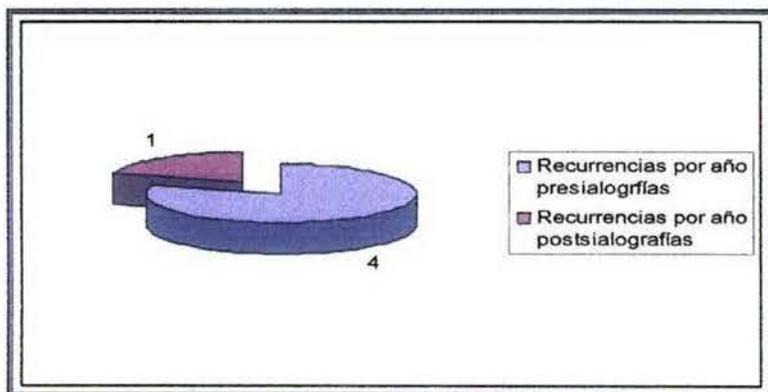
Figura 3.- Hallazgos sialográficos de 143 sialografías



El tiempo de seguimiento en etapa asintomática de los 30 pacientes fue de 22 meses. 13 pacientes (43%) no presentaron ninguna recurrencia a partir de la primera sialografía con medio de contraste yodado. Posterior al inicio del protocolo con sialografías seriadas, se presentó en promedio 1 episodio por año. Antes de ser incluidos en el estudio, el promedio de recidivas por año fue de 4 episodios.

De acuerdo a la prueba de Kruskal-Wallis (χ^2 4.680, p.456) no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el número de recurrencias de PCR antes y después del estudio con sialografías seriadas. Sin embargo desde el punto de vista clínico el éxito encontrado fue del 98 %. (Figura 4)

Figura 4.- Número de recurrencias por año pre y post sialografía



IV.- DISCUSION:

La parotiditis crónica recurrente es una patología inflamatoria crónica que se caracteriza por múltiples episodios durante la infancia y en ocasiones hasta la edad adulta. La edad de inicio generalmente es entre los tres y seis años de acuerdo a diversos autores ^(2-4,9, 12) con rangos entre 1 y 11, lo cual coincide con la edad de presentación promedio de nuestra serie (3 años).

De los 30 pacientes estudiados, 13 fueron del sexo femenino (43.3%) y 17 del sexo masculino (56.7%) (Figura 1); en este sentido no hubo diferencia significativa en presentación por sexo. En la literatura mundial, se ha reportado mayor presentación en sexo masculino durante la infancia en proporción 3:1, cambiando la proporción femenino-masculino 7:1 a partir de la adolescencia, así como la severidad en la presentación de las recurrencias ^(3,13).

La posibilidad de recurrencias es un aspecto preocupante en este padecimiento. Concheiro e Isaacs ^(2,10), reportan cifras de de una a cinco por año, similar a la encontrada en nuestro estudio.

No existió relación con la época del año, como ocurre en la parotiditis viral. La presentación bilateral fue más frecuente (40%), contrario a las publicaciones de otros autores ^(1, 2,14) que señalan a la presentación unilateral como más común. No obstante, no existe relación entre la glándula afectada y el curso de la enfermedad.

El cuadro clínico fue similar al reportado por Concheiro Guisán ⁽²⁾ con presencia de dolor y aumento de volumen como signo y síntoma predominantes. Cabe destacar que generalmente la duración de cada recurrencia es de una semana aproximadamente, y pocas veces se presenta fiebre o supuración como fue reportado en nuestros pacientes. La evolución de la enfermedad es insidiosa y tiende a la remisión espontánea al llegar la adolescencia.

Se ha encontrado relación entre las recurrencias y las enfermedades asociadas, principalmente infecciones agudas de vías respiratorias superiores, ya que probablemente acentúen diversos factores etiopatogénicos, tales como deshidratación y estasis salival, dando como consecuencia el estado inflamatorio ⁽¹⁾.

En nuestro estudio se encontraron antecedentes familiares directos en el 10 % de la población. En diversas series se han propuesto a los factores hereditarios como agentes causales que sustentan la posibilidad de un patrón de transmisión autonómico dominante con penetrancia incompleta ⁽⁵⁾.

El curso natural de la enfermedad puede originar daño permanente en la glándula debido a atrófia del parénquima, lo que sustenta la necesidad de adoptar una conducta intervencionista cuyo objetivo primordial sea disminuir o evitar las recurrencias ya que se ha demostrado una relación entre el número de recidivas y daño glandular⁽⁴⁾.

Durante el desarrollo del estudio existe la posibilidad de presentarse episodios de agudización. La presencia de estos eventos no constituye una indicación para el retiro del paciente del programa. Cada cuadro se manejó con antimicrobiano, siendo nuestra primera elección amoxicilina-clavulanato. De los pacientes que mostraron recidivas, 15 (50%) recibieron antibióticos siendo los más utilizados clindamicina y amoxicilina-clavulanato. La elección del antimicrobiano se tomó con base a los reportes de la literatura⁽¹¹⁾ ya que a ninguno de nuestros pacientes se tomó muestra para cultivo.

A pesar de lo anterior, el manejo de la PCR continua siendo motivo de controversia. Se han propuesto diversos esquemas de tratamiento con resultados muy variados y que incluyen desde la observación, pasando por antimicrobianos y anti inflamatorios hasta medidas radicales como la parotidectomía con riesgo de daño al nervio facial y pobres resultados cosméticos. Si bien el curso natural de la enfermedad es hacia la curación espontánea después de la pubertad, la presencia de múltiples recurrencias conlleva el riesgo de producir daño al parénquima glandular y ductal con atrofia subsecuente. Muchos autores^(1-3,11) indican tratamiento antimicrobiano en cada recurrencia, sin embargo se corre el riesgo de contar con poco apego al manejo y de desarrollar resistencia bacteriana. A partir de 1986, Galili⁽⁹⁾ comenzó a utilizar el lavado ductal mediante sialografía con buenos resultados. En Latinoamérica, Landaeta y cols.⁽¹²⁾ efectuaron sialografías con lavado intraglandular con sustancia yodada hidrosoluble logrando remisión en 3 a 14 días con desaparición de los signos clínicos. En nuestra serie encontramos un éxito clínico del 98 %, con recurrencias posteriores al estudio de 1 episodio promedio por año, comparado con 4 episodios promedio por año previos al protocolo. A pesar de que no se encontró significancia estadística debido al tamaño de la muestra, el procedimiento resultó seguro y eficaz. No obstante, es necesario continuar con un seguimiento a largo plazo de nuestra población a fin de valorar el estado funcional de la glándula después de la pubertad.

V.- CONCLUSIONES:

- 1.- El manejo de la PCR es controversial; se han publicado diferentes medidas terapéuticas con resultados variados.
- 2.- El curso natural de la enfermedad tiende a la remisión, aunque con daño potencialmente irreversible a nivel del parénquima glandular y ductal.
- 3.- El manejo conservador con medidas generales, antimicrobianos y antiinflamatorios, si bien es útil durante cada episodio de agudización, no disminuye el número de recurrencias.
- 4.- El tratamiento quirúrgico tiene una tasa de curación del 98%. No obstante es un procedimiento con una elevada morbilidad.
- 5.- Los reportes de la literatura indican una remisión espontánea de la enfermedad después de la pubertad. Se desconocen las razones por las cuales la PCR se auto limita, sin embargo se asume que la mayoría de las glándulas se atrofian con el transcurso del tiempo.
- 6.- A diferencia del éxito clínico observado, los resultados de esta serie no fueron estadísticamente significativos debido al tamaño de la muestra.
- 7.- En nuestro estudio, la sialografía seriada con medio de contraste yodado, es una técnica que además de aportar datos del estado estructural de la glándula y el sistema ductal, disminuye el número de recurrencias con un éxito clínico del 98% sin mostrar complicaciones, por lo que concluimos que es un método seguro y eficaz para el manejo alternativo de los pacientes con PCR.
- 8.- Aunque contamos con esta alternativa de manejo para la PCR, es indispensable continuar con seguimiento a largo plazo de nuestra población para evaluar la función glandular después de la pubertad.

BIBLIOGRAFIA

1. Harold D., Baumash. Chronic recurrent parotitis: a closer look at its origin, diagnosis, and management. *J Oral Maxillofac Surg.* 2004; 62: 1010-1018
2. Concheiro Guisán A., Bellver Castañón E., Garrido Romero R., Parotiditis crónica recurrente juvenil. *An Esp Pediatr.* 2000; 53: 418-21
3. Ceballos Tapia L., Del Rio Camacho G., Picazo Angelín B., Parotiditis recurrente: ¿Cuál es su diagnóstico? *An Esp Pediatr.* 2004; 60: 85-86
4. Chitre VV., Premchandra DJ. Recurrent parotitis. *Archives of Disease in Childhood.* 1997; 77: 359-363
5. Reid Evan, Douglas Fiona, Crow Yanick. Autosomal dominant juvenile recurrent parotitis. *J Med Genet.* 1998; may,35(5): 417-419
6. Dunja H S., Wolfgang B., Gerburg S., Wolfgang S. Clozapine- Induced Parotitis: an immunological cause?. *Am J Psychiatry.* June 1996; 153(6): 840-43
7. Gondim L A., Zonta RF., Fortkamp E., Otorhinolaryngological manifestations in children with human immunodeficiency virus infection. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology.* 2000; 54: 97-102
8. Nahlieli O., Sacham R., Yoffe B., Superficial parotidectomy for chronic recurrent parotitis ?. *J Oral Maxillofacial Surg.* 2002; 60: 970-71
9. Oded Nahlieli, Rachel Shacham, Méname S. Juvenile recurrent parotitis: a new method of diagnosis and treatment. *Pediatrics.* 2004; 114:9-12
10. Isaacs D., Recurrent parotitis. *J Pediatr. Chile Health.* 2002; 38: 92-94
11. Giglio M.S., Landaeta M., Pinto MA. Microbiology of recurrent parotitis. *Pediatr Infect Dis J.* 1997; 16 (4): 386-90
12. Landaeta M., Giglio MS., Ulloa MT., Aspectos clínicos, etiología microbiana y manejo terapéutico de la parotiditis crónica recurrente infantil (PCRl). *Revista Chilena de Pediatría.* 2003; 74 (3): 269-276

13. Motamed M., Laugharne P., Bradley PJ., Management of chronic parotitis: a review. *The Journal of Laryngology & Otology*. Jul 2003; 117: 521-26
14. Nahlieli O., Bar T., Shacham R., Management of chronic recurrent parotitis: current therapy. *J Oral Maxillofac Surg*. 2004; 62: 1150-55
15. Shimizu, Mayumi, Umüller, Jürgen. Sonographic analysis of recurrent parotitis in children: a comparative study with sialographic findings. *Oral surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 1998; 86 (5): 606-15
16. Chen, Amy Y., Ohlm, Laurie A. Otolaryngologic disease progression in children with human immunodeficiency virus infection. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 1996; 122(12): 1-10
17. Nahlieli O., Baruchin AM., Long-term experience with endoscopic diagnosis and treatment of salivary gland inflammatory diseases. *The Laryngoscope*. June 2000; 110: 988-93
18. Fazekas T., Wiesbauer P., Schroth B., Pötschger U., Selective IgA deficiency in children with recurrent parotitis of childhood. *Pediatr Infect Dis J*. May 2005; 24(5) 461-62
19. Rice Dale H., Trastornos inflamatorios crónicos de las glándulas salivales. *Clinicas Otorrinolaringológicas de Norteamérica*.1999;Vol 5:757-763
20. Moody AB., Avery CME., Walsh S. Surgical management of chronic parotid disease. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2000; 38: 620-22
21. Guntinas – Lichius O., Jungehülsing. Treatment of chronic parotid sialectasis with botulium Toxin A. *The Laryngoscope*. March 2002; 112: 586-87
22. Orvidas LJ., Kasperbauer JL., Lewis JE., Pediatric parotid masses. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. Feb 2000 ; 126 : 177-83
23. Estrada Sarmiento M., Parotiditis crónica recidivante. Nuestra experiencia. *Rev Cubana Estomatol*. 1998; 35(2):49-54
24. Som Peter. Estudios radiográficos de glándulas parótidas. *Radiología de Cabeza y Cuello*.1995; Mosby:277-349

ANEXO 1

CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS DE EXPEDIENTES DE PAROTIDITIS CRONICA RECURRENTE EN EL SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGIA DEL HIMFG

- 1.- Nombre _____
- 2.- Registro _____
- 3.- Edad _____ 4.- Sexo _____ 5.- Fecha de nacimiento _____
- 4.- Dirección _____
- 5.- Antecedentes Familiares Si _____ No _____ Cuales _____
- 6.- Dx. asociado Si _____ No _____ Cual _____
- 7.- Fecha de ingreso _____
- 8.- Edad de inicio de la patología _____
- 9.- Vacuna Parotiditis Completa para la edad _____
- 10.- Número de cuadros previos al inicio de la sialografía _____
- 11.- Número de sialografías _____
- 12.- Número de cuadros posteriores a la sialografía _____
- 13.- Datos clínicos: Dolor _____ Aumento de volumen _____ Fiebre _____
Supuración _____
- 14.- Fecha de último cuadro inflamatorio _____
- 15.- Tratamiento adicional: Si _____ No _____
- 16.- Antimicrobiano: Si _____ No _____ Cuál: _____
- 17.- Anti-inflamatorios: _____
- 18.- Glándula afectada: Bilateral _____ Derecha _____ Izquierda _____
- 19.- Estado Actual: _____
- 20.- Última consulta: _____
- 21.- Estudios adicionales: Si _____ No _____ Cuál: _____
- 22.- Cultivo: _____
- 23.- BH: Si _____ No _____ Leucocitosis _____ Leucocitos normales _____
- 24.- Número de episodios por año: _____ Duración _____ Días _____
- 25.- Estudios sialográficos _____

Número	Fecha	Hallazgos	Complicaciones

ANEXO 2

PROTOCOLO DE SIALOGRAFÍAS SERIADAS

- 1.- Los pacientes con diagnóstico de PCR fueron captados en el servicio de Otorrinolaringología del Hospital Infantil de México Federico Gómez.
- 2.-Se realizó valoración clínica y apertura de expediente. Los pacientes que cumplieron con los criterios de selección, ingresan al protocolo de sialografías seriadas con medio de contraste yodado.
- 3.-Se programó inicio de sialografías seriadas, previo consentimiento informado de los padres.
- 4.-Se mantuvo al paciente en vigilancia pre y post sialografía.
- 5.- Se efectuó revisión y manejo en cada recurrencia, en cuyo caso, se indicó tratamiento médico con antimicrobiano, siendo la primera elección amoxicilina-clavulanato.

Fases de programación de sialografía:

Fase 1:

-3 sialografías seriadas con intervalo de 1 mes entre cada una.

Fase 2:

-2 sialografías seriadas con intervalos de 3 meses entre cada.

Fase 3:

-2 sialografías seriadas con intervalos de 6 meses entre cada una

Fase 4:

-1 sialografía de control un año después.

Nota: En caso de recurrencia se reinició con la fase 1.

FOTOS



Imagen 1.- Paciente con parotiditis crónica recurrente izquierda en la cual se aprecia aumento de volumen del área parotídea.

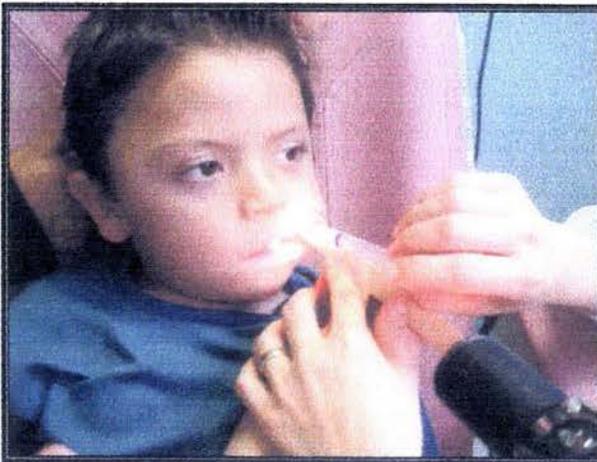


Imagen 2.- Procedimiento de sialografía.

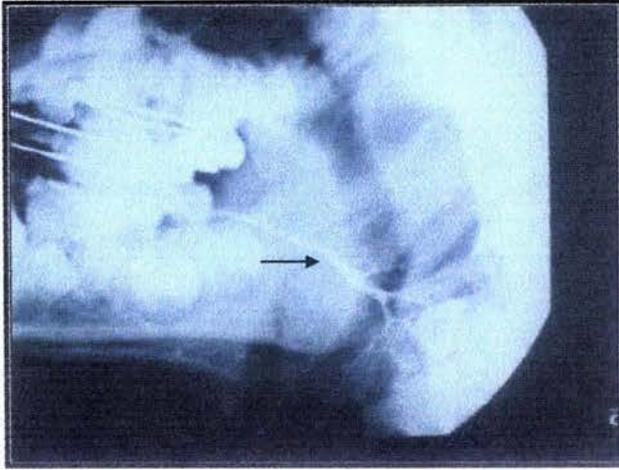


Imagen 3.- Sialografía parotídea normal. Se observa conducto principal y ductos distales de características normales.



Imagen 4.- Sialografía de paciente con parotiditis crónica recurrente. Se observan áreas de sialectasias en ductos distales con imágenes arboladas

**ESTA TESIS NO SALL
DE LA BIBLIOTECA**