



CENCOMED (Actas del Congreso), jorcienciapdc12024, (mayo 2024) ISSN 2415-0282

Parotiditis viral. Presentación de un caso.

Dr. Jorge Serra Colina. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7206-9371>

Especialista de primer grado en medicina general integral.

La Habana, Cuba.

Resumen:

La parotiditis es una enfermedad causada por un paramixovirus, que se propaga por gólicas de saliva infectadas, La parotiditis es endémica en las áreas densamente pobladas, pero puede aparecer en epidemias cuando se reúnen muchos individuos susceptibles, planteándose que un episodio de la enfermedad suele dar inmunidad permanente. Aunque la enfermedad puede aparecer a cualquier edad, la mayoría de los casos ocurren en niños de 5 a 10 años, es rara en menores de 2 años; los lactantes menores de 1 año suelen ser inmunes a la enfermedad. La enfermedad puede cursar con complicaciones, como orquitis, ooforitis, meningoencefalitis, pancreatitis, y otras complicaciones menos frecuentes como prostatitis, nefritis, miocarditis, mastitis, poliartritis y afectación de la glándula lagrimal, afectación del tiroides o del timo, además de ataxia cerebelosa aguda postinfecciosa, la mielitis transversa y la polineuritis. A continuación presentamos un caso de un paciente en edad adulta, de mas menos 30 años, de piel mestiza, con buen estado general, que acude a la consulta medica, refiriendo un aumento de tamaño de la glándula parótida derecha, sin referir otros síntomas de complicación, y que nunca había sido vacunado contra la parotiditis epidémica.

Palabras claves: Reporte de caso, Parotiditis epidémica, Glándula parótida, Fiebre, Vacuna.

Summary:

Mumps is a disease caused by a paramyxovirus, which is spread by infected saliva droplets. Mumps is endemic in densely populated areas, but can occur in epidemics when many susceptible individuals gather, suggesting that an episode of the disease usually gives permanent immunity. Although the disease can appear at any age, most cases occur in children between 5 and 10 years of age, it is rare in children under 2 years of age; infants under 1 year of age are usually immune to the disease. The disease can present with complications, such as orchitis, oophoritis, meningoencephalitis, pancreatitis, and other less

frequent complications such as prostatitis, nephritis, myocarditis, mastitis, polyarthritis and lacrimal gland involvement, thyroid or thymus involvement, as well as acute cerebellar ataxia postinfectious, transverse myelitis and polyneuritis. Below we present a case of an adult patient, more or less 30 years old, with mestizo skin, in good general condition, who attended the medical consultation, referring an increase in the size of the right parotid gland, without referring other symptoms of complication, and that he had never been vaccinated against epidemic mumps.

Key words: Case report, Mumps, Parotid Gland, Fever, Vaccine.

Introducción:

La parotiditis es causada por un paramixovirus, un virus ARN, esta enfermedad se propaga por gólicas de saliva infectadas o por contacto directo con materiales contaminados con la saliva infectada. Es probable que el virus penetre por la boca y puede encontrarse en la saliva durante 1 a 6 días antes de que las glándulas salivales aumenten de tamaño y durante la fase en que persiste la tumefacción, generalmente 5 a 9 días.

Este se ha aislado también en la sangre y en la orina y en el líquido céfalo raquídeo (LCR) de los pacientes con afectación del sistema nervioso central (SNC). Un episodio de la enfermedad suele dar inmunidad permanente, aunque sólo una glándula salivar haya aumentado de tamaño.

La parotiditis es endémica en las áreas densamente pobladas, pero puede aparecer en epidemias cuando se reúnen muchos individuos susceptibles. Su contagiosidad es inferior a la del sarampión o la varicela. Aunque la enfermedad puede aparecer a cualquier edad, la mayoría de los casos ocurren en niños de 5 a 10 años, es rara en menores de 2 años; los lactantes menores de 1 año suelen ser inmunes a la enfermedad. Alrededor del 25 al 30% de los casos son clínicamente inaparentes.

Aunque desde la introducción de la vacunación universal en España entre 1982 y 1985, la incidencia de parotiditis ha disminuido progresivamente: en 1983 se declararon 222.908 casos y en 1993 sólo 6.218. (5) Sin embargo ha habido diversos brotes tanto en Europa como en España que se han atribuido a una baja eficacia vacunal o a la acumulación de personas susceptibles. (5)

Presentación del caso:

Motivo de consulta: Aumento de la parótida.

HEA: Paciente en edad adulta, de mas menos 30 años de edad, de piel mestiza, con buen estado general, que acude a la consulta medica, refiriendo un aumento de tamaño de la glándula parótida derecha, sin referir otros síntomas de complicación. Al examen físico la glándula parótida derecha, se nota que esta aumentada de tamaño, y que era no dolorosa

a la palpación, además la piel que la rodeaba no presentaba signos inflamatorios. El paciente estaba con tratamiento sintomático.

Examen físico:

Piel y mucosas: húmedas y normocoloreadas.

Aparato respiratorio: Murmullo vesicular conservado, no estertores. FR:normal.

Aparato Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos y de buen tono, No soplos.

Abdomen: Blando, depresible, no doloroso a la palpación, Ruidos hidro-aereos: presentes. No visceromegalia.

TCS: No infiltrado.

SNC: Pacientes orientado en tiempo, espacio y persona.

Examen Regional; Cabeza, cara y cuello: Se observa aumento de volumen de la glándula parótida de más menos 2 cm, no dolorosa a la palpación.

Diagnóstico: Parotiditis viral.

Observación: El paciente nunca se había vacunado con la vacuna contra la papera, rubeola y sarampión.

Manifestaciones clínicas:

Después de un período de incubación de 14 a 24 días, el paciente comienza a desarrollar escalofríos, cefaleas, anorexia, malestar general y febrícula o fiebre moderada, que puede persistir 12-24 h antes de que se aprecie la afectación salival. En los casos leves, estos síntomas prodrómicos pueden faltar.

El dolor al masticar o al deglutir, en especial al tragar líquidos ácidos como vinagre o zumo de limón, es el síntoma más precoz de la parotiditis. Existe una notable sensibilidad a la presión sobre la parótida o las otras glándulas salivales afectadas. Con el desarrollo de la parotiditis, la temperatura asciende con frecuencia hasta 39,5 o 40 °C. La tumefacción de la glándula alcanza su máximo valor hacia el segundo día y se asocia a un edema hístico que se extiende más allá de la parótida, por delante y por debajo del oído. La afectación es, en general, bilateral, aunque puede ser unilateral y afectar una sola glándula parótida.

A veces se observan casos donde aumentan de tamaño las glándulas submaxilares y sublinguales; más rara vez, éstas son las únicas afectadas. En los casos en que se

produce tumefacción del cuello por debajo del maxilar inferior o con afectación de la glándula submaxilar, puede desarrollarse un edema supraesternal.

Los orificios orales de los conductos de las glándulas afectas sobresalen y se hallan ligeramente inflamados. La piel que reviste las glándulas puede volverse tensa y brillante y, durante el período febril de 24 a 72 horas, al palpar esta zona se produce un dolor agudo. El recuento leucocitario puede ser normal, aunque es habitual una leucopenia leve con reducción de los granulocitos.

Complicaciones:

Orquitis u ooforitis. Alrededor del 20% de los pacientes varones postpuberales presentan inflamación testicular (orquitis), que suele ser unilateral y que puede provocar un cierto grado de atrofia, aunque la esterilidad es rara y la función hormonal se conserva intacta. En las mujeres, la afectación gonadal (ooforitis) se diagnostica con menos frecuencia, es mucho menos dolorosa y no se ha asociado a esterilidad posterior.

Meningoencefalitis. De el 1 al 10% de los pacientes con parotiditis presentan cefalea, rigidez de nuca y pleocitosis del LCR; los glucorraquia suele ser normal, aunque en ocasiones es baja, entre 20 y 40 mg/dl (1,1 a 2,2 mmol/l) simulando una meningitis bacteriana.

En 1 de cada 1.000 a 5.000 casos de parotiditis se producen signos más graves de encefalitis, con somnolencia o incluso coma o convulsiones, que pueden aparecer de forma brusca. El 30% de las infecciones del SNC por este virus ocurren sin parotiditis asociada. En la mayoría de los casos de afectación del SNC, el pronóstico es favorable y considerablemente mejor que el de la encefalitis del sarampión, aunque se han descrito secuelas permanentes como sordera nerviosa unilateral (raramente bilateral) o parálisis facial. Como sucede en otras infecciones víricas, en algunas raras ocasiones puede dar lugar a una forma rara de encefalitis para o postinfecciosa. Se presentan otras manifestaciones poco frecuentes, como son la ataxia cerebelosa aguda postinfecciosa, la mielitis transversa y la polineuritis.

Pancreatitis. Hacia el final de la primera semana de la enfermedad, algunos pacientes presentan náuseas y vómitos repentinos y copiosos, con dolor abdominal más intenso en el epigastrio, lo que sugiere una pancreatitis. Estos síntomas desaparecen al cabo de 1 semana y el paciente se recupera por completo.

Otras complicaciones. En muy raras ocasiones se observan prostatitis, nefritis, miocarditis, mastitis, poliartritis y afectación de la glándula lagrimal. La afectación del tiroides o del timo puede provocar edema y tumefacción preesternales, pero este fenómeno suele asociarse a la afectación de la glándula submaxilar.

Diagnóstico:

El diagnóstico de los casos típicos durante una epidemia es fácil, pero los casos esporádicos son más difíciles de detectar. Analizando parejas de muestras de suero tomadas durante las fases aguda y de convalecencia, el diagnóstico puede hacerse mediante la fijación del complemento, la inhibición de la hemaglutinación y los análisis de inmunoabsorción ligada a enzimas.

En la parotiditis se producen anticuerpos frente a los antígenos soluble (S) y vírico (V). Los anticuerpos anti S aumentan durante la primera semana de la infección y caen rápidamente, de forma que a menudo han desaparecido ya a los 6 a 8 meses de la enfermedad; los anticuerpos anti V suelen ascender más tarde que los S, pero su caída es más lenta, deteniéndose en una meseta.

En ocasiones, basta una sola muestra de suero para hacer el diagnóstico, sobre todo cuando se detecta anticuerpo fijador de complemento frente al componente antigénico soluble. La elevación del nivel sérico de la amilasa también es un dato a favor del diagnóstico de parotiditis. Si se dispone de un servicio de virología, el virus será fácil de aislar a partir de la garganta, el LCR y, a veces, la orina.

Diagnóstico diferencial:

La tumefacción provocada por el virus de la parotiditis en la parótida o en otras glándulas salivales debe distinguirse de otros cuadros que semejan una parotiditis, como el síndrome de Mikulicz, tumores benignos y malignos de la glándula, aumento de la glándula de origen medicamentoso, guanetidina, fenilbutazona, propiltiuracilo, Tifus, infección por VIH, parotiditis bacteriana supurada, sarcoidosis y Síndrome de Sjögren.

Las adenopatías situadas a lo largo de la mandíbula pueden confundirse con un aumento de tamaño de las glándulas salivales. La meningoencefalitis de la parotiditis, que a veces es la única manifestación de la enfermedad, debe distinguirse de otras meningitis víricas.

Profilaxis:

En la parotiditis no complicada, el pronóstico es excelente, aunque en algunas raras ocasiones se producen reactivaciones tras un período de unas 2 semanas. En los pacientes postpuberales, la enfermedad puede afectar a otros órganos distintos de las glándulas salivales, con síntomas que pueden preceder, acompañar o seguir a los salivales e incluso sin que estos lleguen a aparecer.

El paciente debe permanecer aislado hasta que ceda la tumefacción glandular. La globulina inmune de la parotiditis y la gammaglobulina sérica no son eficaces.

El agente de elección para la vacunación es el virus vivo, vacuna PRS, esta vacuna no produce reacciones locales o generales significativas y sólo requiere una inyección. Se

recomienda la vacunación con la vacuna triple vírica: sarampión, parotiditis y rubéola a los 12 a 15 meses de edad. La vacunación post exposición no protege frente de la enfermedad.

Aunque la segunda dosis de vacuna antiparotiditis es importante debido a que se produce un número importante de episodios de paperas en personas vacunadas y a que la enfermedad es más grave en adolescentes y adultos.

Se plantea que existen tres razones para seguir vacunando frente a la parotiditis: el aumento de la edad de los pacientes que presentan la enfermedad, la mayor incidencia de complicaciones en los adolescentes y adultos, las ventajas económicas de la vacunación – sobre todo al administrarla en combinación con las del sarampión y de la rubéola– frente a los gastos ocasionados por la enfermedad.

Tratamiento:

El tratamiento es sintomático. La dieta blanda reduce el dolor al masticar. Las sustancias ácidas (zumos de cítricos) también causan molestias, por lo que deben evitarse. Pueden administrarse analgésicos para la cefalea y el malestar general.

Si las náuseas y los vómitos de la pancreatitis son intensos, deberá suprimirse la alimentación oral y establecer el equilibrio hídrico mediante la administración de soluciones glucosadas y salinas por vía endovenosa.

La inmunoglobulina antiparotiditis no tiene ningún valor en la profilaxis ni en el tratamiento de la enfermedad consolidada.

Las complicaciones también se tratan de forma sintomática. Los pacientes con orquitis requieren reposo en cama. Muchas veces, suspender el escroto con algodón con un puente de cita adhesiva entre los muslos para reducir al mínimo la tensión o aplicar cubitos de hielo ayuda a aliviar el dolor. Los corticosteroides no suelen ser necesarios, aunque pueden disminuir el dolor y la tumefacción de la orquitis aguda.

Bibliografía:

1. Farreras Rozman. Temas de medicina Interna. 14. Edición. Ediciones Hartcourt. Año:2000
2. Manual de Merck, ediciones Hartcourt, decima edición, Año:1999
3. Harrison. Principios de Medicina Interna. Editorial McGraw-Hill. 17 ediciones. Año.2008
4. Rodríguez-Corbo AA, Fundora-Moreno DA, Corbo-Rodríguez MT.

Comportamiento de la parotiditis recurrente en pacientes pediátricos.
Univ Méd Pinareña. 2020

5. Infección por el virus de la parotiditis en adultos, Cartas científicas..Enferm Infecc Microbiol Clin 2006;24(7):469-74
6. Joaquín Díaz, Alejandro Domínguez, Natalia Cortés, Florencia De La Maza, Alejandro Velásquez Díaz. Brotes epidémicos de parotiditis, Revisión de la literatura .Rev. Ped. Elec. [en línea] 2020, Vol 17, N°1. ISSN 0718-0918

Título del trabajo. Parotiditis viral. Presentación de un caso.

Nombre completo de cada autor, con la mención del más alto grado académico

- Dr. Jorge Serra Colina. Especialista de primer grado en Medicina General Integral.

E-mail del autor responsable de la correspondencia acerca del artículo.
jserracolina@yahoo.es

Entidad a la que está adscrito el autor (si procede).

Palabras clave (se dará preferencia si se incluye un listado de palabras clave en español y otro en inglés).

Palabras claves: Reporte de caso, Parotiditis epidémica, Glándula parótida, Fiebre, Vacuna.

Keywords: Case report, Mumps, Parotid Gland, Fever, Vaccine.

Breve resumen (el envío de resumen en español y en inglés calificará positivamente).

Resumen:

La parotiditis es una enfermedad causada por un paramixovirus, que se propaga por gólicas de saliva infectadas, La parotiditis es endémica en las áreas densamente pobladas, pero puede aparecer en epidemias cuando se reúnen muchos individuos susceptibles, planteándose que un episodio de la enfermedad suele dar inmunidad permanente. Aunque la enfermedad puede aparecer a cualquier edad, la mayoría de los casos ocurren en niños de 5 a 10 años, es rara en menores de 2 años; los lactantes menores de 1 año suelen ser inmunes a la enfermedad. La enfermedad puede cursar con complicaciones, como orquitis, ooforitis, meningoencefalitis, pancreatitis, y otras complicaciones menos frecuentes como prostatitis, nefritis, miocarditis, mastitis, poliartritis y afectación de la glándula lagrimal, afectación del tiroides o del timo, además de ataxia cerebelosa aguda postinfecciosa, la mielitis transversa y la polineuritis. A continuación presentamos un caso de un paciente en edad adulta, de mas menos 30 años, de piel mestiza, con buen estado general, que acude a la consulta medica, refiriendo un aumento de tamaño de la glándula parótida derecha, sin referir otros síntomas de complicación, y que nunca había sido vacunado contra la parotiditis epidémica.

Summary:

Mumps is a disease caused by a paramyxovirus, which is spread by infected saliva droplets. Mumps is endemic in densely populated areas, but can occur in epidemics when many susceptible individuals gather, suggesting that an episode of the disease usually gives permanent immunity. Although the disease can appear at any age, most cases occur in children between 5 and 10 years of age, it is rare in children under 2 years of age; infants under 1 year of age are usually immune to the disease. The disease can present with complications, such as orchitis, oophoritis, meningoencephalitis, pancreatitis, and other less frequent complications such as prostatitis, nephritis, myocarditis, mastitis, polyarthritis and lacrimal gland involvement, thyroid or thymus involvement, as well as acute cerebellar ataxia postinfectious, transverse myelitis and polyneuritis. Below we present a case of an adult patient, more or less 30 years old, with mestizo skin, in good general condition, who attended the medical consultation, referring an increase in the size of the right parotid gland, without referring other symptoms of complication, and that he had never been vaccinated against epidemic mumps.

