

# Parotiditis y otras afecciones de las glándulas salivales

F. Álvarez García\*, V. Rodríguez de la Rúa Fernández\*\*

Pediatra de Atención Primaria en el Centro de Salud de Llanera, Asturias. Miembro de los Comités Asesores de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría y del Principado de Asturias.

\*\*Pediatra de Atención Primaria en el Centro de Salud de El Cristo. Oviedo, Asturias



## Resumen

Se hace un repaso a la patología no tumoral de las glándulas salivales para facilitar la revisión del pediatra de atención primaria con especial mención al mucocele y a la parotiditis recurrente juvenil.

Asimismo, se revisa de un modo más amplio todo lo relacionado con la parotiditis epidémica en cuanto a etiología, epidemiología, clínica, diagnóstico, tratamiento y prevención, con atención preferente a las recomendaciones ante un brote epidémico de la misma.

## Abstract

*A look about non-neoplastic salivary gland diseases is made to facilitate a pediatric review, with special mention to mucocele and juvenile recurrent parotitis. Moreover, a more extensive review about mumps is done, regarding etiology, epidemiology, clinical features, diagnosis, treatment and prevention, with preferential attention to the recommendations over an epidemic outbreak.*

**Palabras clave:** Mucocele; Parotiditis recurrente juvenil; Parotiditis epidémica; Brotes epidémicos.

**Key words:** Mucocele; Juvenile recurrent parotitis; Mumps; Outbreaks.

*Pediatr Integral 2014; XVIII(3): 153-160*

## Introducción<sup>(1)</sup>

**La función que desempeña la saliva en el mantenimiento de la salud bucodental es fundamental.**

La función que desempeña la saliva en el mantenimiento de la salud bucodental es fundamental. En la cavidad oral drenan 3 glándulas salivales mayores (parótida, submaxilar y sublingual) y numerosas glándulas salivales menores o accesorias distribuidas por prácticamente toda la boca.

La parótida produce secreción serosa y drena al conducto de Stenon. La glándula submaxilar drena la secreción seromucosa en el suelo de la boca por

el conducto de Wharton, y la sublingual drena al conducto de Wharton a través del conducto de Bartholin, siendo su secreción también seromucosa.

Los trastornos que pueden afectar a estas glándulas son: infecciones, lesiones obstructivas o reactivas, así como alteraciones inmunológicas o neoplasias.

Respecto a la clínica que aparece, hay un signo importante y, además, común a todos ellos, que es la tumefacción de la glándula afectada. Muchas entidades son más características de la edad adulta, así que, aquí iremos repasando algunas de las afecciones que se ven con mayor frecuencia en la edad pediátrica.

## Lesiones obstructivas

### Mucocele<sup>(1-4)</sup>

**Lesión elevada indolora producida por acúmulo de moco que afecta sobre todo al labio inferior.**

Es una tumefacción que suele aparecer en niños y adultos jóvenes (casi la mitad de los casos comunicados se presentan antes de los 21 años de edad), formada por moco acumulado que se origina por la obstrucción o rotura del conducto excretor de una glándula salival por procesos infecciosos, traumáticos o bien por hábitos (mordisqueo labial) o por tratamientos ortodónticos.

Los mucocelos afectan muy rara vez a las glándulas salivales mayores, siendo el labio inferior la localización más frecuente, aunque pueden aparecer en otros lugares de la cavidad bucal. Así, la **ránula** es un término genérico que se utiliza para designar los mucocelos que se producen en el suelo de la boca.

Suelen presentarse como una lesión elevada de inicio repentino, de color azulado, que se nota a la palpación y que es fluctuante e indolora.

En cuanto a su tamaño, varía desde unos milímetros hasta algunos centímetros de diámetro, siendo su duración también variable, desde unos pocos días hasta incluso algunos años.

Se debe derivar a odontólogo/estomatólogo para su posible tratamiento quirúrgico, aunque algunos desaparecen solos.

#### Sialolitiasis<sup>(1-4)</sup>

**Patología poco frecuente en la infancia que afecta preferentemente a la glándula submaxilar, producida por un cálculo en su sistema ductal.**

Es la obstrucción del drenaje de una glándula salival por la formación de cálculos en los conductos de ésta, siendo menos frecuente que afecte a la parótida que al resto (90% glándula submaxilar).

No es una patología muy prevalente en la infancia y es de causa desconocida.

El cálculo no dará síntomas importantes hasta que no cause una obstrucción suficiente. En ocasiones, la obstrucción parcial puede dar un aumento de la glándula afectada al comer junto con dolor que dura, en general, menos de 1 hora.

La obstrucción total produce inflamación del conducto donde se asienta el cálculo (sialodoquitis) con infecciones retrógradas, que se manifiestan por: fiebre, dolor intenso, marcados signos inflamatorios y secreción purulenta a través del conducto (sialoadenitis).

El diagnóstico se puede confirmar con estudios radiológicos con o sin contraste en el conducto afectado.

El tratamiento es la extracción del cálculo mediante manipulación manual o con sialoendoscopia e incluso, en ocasiones, que no permiten este abordaje, con litotricia.

### Lesiones inflamatorias<sup>(1-4)</sup>

#### Sialoadenitis crónica

**La sialoadenitis es la inflamación de las glándulas salivales. Puede ocurrir de una forma aguda o bien crónica.**

Puede ser producida por múltiples entidades y, en general, suele aparecer en la edad adulta, por lo que sólo mencionaremos una enfermedad típica de la infancia: la parotiditis recurrente juvenil.

#### Parotiditis recurrente<sup>(1-4)</sup>

**La más frecuente es la juvenil, que aparece entre los 3 y los 13 años de edad, de causa multifactorial y que suele desaparecer en la adolescencia.**

No es demasiado común en los niños y se caracteriza por episodios de duración variable de tumefacción parotídea uni o bilateral con intervalos de remisión.

Entre las causas, están las infecciones por virus (Epstein-Barr, citomegalovirus), las enfermedades autoinmunes (fundamentalmente, el síndrome de Sjögren) y también algunas inmunodeficiencias como el VIH, pero, una vez descartadas estas causas, el diagnóstico más probable es el de **parotiditis recurrente juvenil**<sup>(1,4-7)</sup>.

Esta entidad ocurre entre los 3 y los 13 años de edad, predominando en el sexo masculino (4:1). La etiología es desconocida, aunque se han postulado varios factores predisponentes: infecciosos, inmunológicos, genéticos, alérgicos, una posible disminución del flujo salival o bien la presencia de anomalías congénitas en el sistema ductal; pero, actualmente, se cree que realmente es de causa multifactorial.

Se presenta como un cuadro de aparición brusca de 2 a 10 días de duración, consistente en induración, generalmente unilateral, de la parótida acompañada de sintomatología general leve. Se repite 3 o 4 veces al año.

El diagnóstico de esta entidad es clínico. Tradicionalmente, se consideraba la sialografía como la principal herramienta diagnóstica, pero actualmente la ecografía es la prueba de elección para el diagnóstico y seguimiento. Si la ecografía detecta lesiones sólidas, debe ser realizada una RMN o una TC.

Es importante hacer el diagnóstico diferencial con las paperas y para ello

nos orientará su carácter recurrente y que esta entidad suele tener más afectación parotídea que general.

El tratamiento consiste en antiinflamatorios en los cuadros agudos, calor y masaje local. El uso de antibióticos de amplio espectro para evitar sobreinfecciones, está hoy en día discutido. La parotidectomía se reserva para los casos graves y extremos. Se estudian nuevos métodos de tratamiento como el riego y dilatación bajo visión directa por endoscopia<sup>(6,7)</sup>.

No existe tratamiento preventivo.

La evolución es hacia la remisión espontánea con los años, en general durante la adolescencia.

#### Sialoadenitis aguda

**La causa más frecuente de sialoadenitis aguda es el virus de las paperas aunque otros virus e incluso bacterias pueden producirla.**

Puede ser producida por bacterias (estafilococo, estreptococo, bacilos Gram negativos y anaerobios) o por virus (paramixovirus, influenza, parainfluenza, coxsackie o citomegalovirus).

La causa más frecuente es el virus de las paperas (paramixovirus).

Existen algunos datos que nos pueden ayudar a diferenciar la etiología: la bacteriana es con mayor frecuencia unilateral y afecta sobre todo a ancianos, posoperados e inmunodeprimidos y, a veces, a prematuros y lactantes; la vírica es más frecuente bilateral y en niños más mayores.

La bacteriana cursa con mayor afectación general, fiebre elevada, dolor intenso, incluso con trismus y, en ocasiones, con salida de material purulento por el conducto excretor; la vírica produce unos síntomas más leves.

El tratamiento se realiza en ambas con analgésicos/antiinflamatorios y, en el caso de las bacterianas, añadiendo antibióticos de amplio espectro.

### Parotiditis epidémica o paperas<sup>(8-19)</sup>

**Es la inflamación de la parótida más frecuente en los niños y, a pesar de la vacunación, aún siguen apareciendo brotes epidémicos en nuestra comunidad que afectan, sobre todo, a adolescentes y adultos jóvenes.**

A pesar de las altas tasas de vacunación con la vacuna triple vírica, la parotiditis epidémica (paperas) continúa siendo una enfermedad endémica en todo el mundo y se sigue observando actualmente en nuestro país, con picos de incidencia cada 2-5 años.

La parotiditis epidémica es una infección viral aguda que produce la inflamación de una o más glándulas salivales, fundamentalmente, la parótida.

Esta enfermedad es de distribución mundial endemo-epidémica. En las zonas templadas, el invierno y la primavera son las estaciones de mayor incidencia. En las zonas donde no hay vacunación sistemática, la enfermedad es endémica y ocurren picos epidémicos cada 2 a 5 años. Las tasas de ataque en las epidemias varían considerablemente, pero en una población virgen puede llegar hasta el 88%.

#### Etiología<sup>(8-14)</sup>

**Es un paramixovirus con reservorio exclusivo en el hombre.**

El virus de la parotiditis es un virus RNA de una única cadena perteneciente a la familia *Paramyxoviridae*, género *Rubulavirus*, cuyo único reservorio es el hombre. El genotipo predominante en las actuales epidemias es el G, siendo los más frecuentes los subgenotipos G1 y G5. Ninguno de los otros posibles agentes que causan inflamación de las parótidas (virus *coxsackie*, *parainfluenzae*, Epstein-Barr) tiene capacidad epidémica.

El virus se inactiva con agentes químicos como formol y éter, así como con los rayos ultravioleta o el calor.

#### Epidemiología<sup>(8-13)</sup>

**La acumulación de susceptibles es la causante de los brotes que ocurren cada 2-5 años, asociada a la disminución de la efectividad de la vacuna, sobre todo en los que fueron vacunados con la cepa Rubini.**

El reservorio es exclusivamente humano y, por tanto, en teoría es una enfermedad erradicable.

Se transmite por vía aérea por microgotitas de saliva y también por contacto directo con la saliva de una persona infectada, siendo el periodo de incubación de alrededor de 16 a 18 días, pero puede llegar a ser de hasta 25 días.

El periodo de contagiosidad abarca desde 7 días antes de la inflamación de la parótida hasta 9 días después (con un pico máximo entre 2 días antes y 4 después del comienzo de la enfermedad, que es cuando al paciente se le considera potencialmente contagioso). Las infecciones asintomáticas también pueden ser transmisibles. La infección en lactantes es poco frecuente, dada la protección adquirida por los anticuerpos maternos.

En nuestro país, durante los últimos años, ha ido aumentando la cifra de casos y, durante los años 2006 y 2007, se notificaron más de 6.000 y 10.000 casos, respectivamente. En el año 2010, se declararon aún 2.705 casos, pero los casos volvieron a subir hasta los 4.615 en 2011 y los 9.538 en 2012. Las comunidades más afectadas en 2012 fueron: Navarra, Asturias, País Vasco, Castilla-León, Cantabria y Galicia, por este orden.

Con datos aún provisionales, a 11 de agosto de 2013 (semana 32), se habían declarado 11.628 casos, con una tasa de 24,6 casos por 100.000; las comunidades más afectadas hasta ese momento eran: Asturias (134 casos por 100.000), Castilla-León (91), Galicia (87), País Vasco (40) y Madrid (20), por este orden.

La mayoría de los casos se concentran entre los 15 y los 34 años de edad (75%), con predominio en varones. Considerando las tasas de ataque por edad, el grupo con la mayor incidencia es el de 15-19 años, seguido de los grupos de 20-24 años y de 10-14 años, siendo la incidencia bastante más baja en el resto de edades.

La acumulación de susceptibles es la causante de los brotes, y viene condicionada por los siguientes factores:

- La baja incidencia a partir de 35 años indica inmunidad natural por haber pasado la infección; mientras que, la baja incidencia por debajo de 10 años indica buena protección vacunal en los primeros años tras la vacunación.
- Persiste, pero a un nivel ya bajo, la bolsa histórica de susceptibles (27 a 39 años).
- Hay una baja efectividad vacunal (se calcula que alrededor del 60 %) en las cohortes vacunadas con la cepa Rubini como 1ª dosis de vacuna triple vírica (TV) (15-18 años), con

poco impacto en las cohortes que recibieron esta vacuna como 2ª dosis (24 a 28 años).

- Hay una disminución de la efectividad vacunal a medio plazo (a niveles esperables en torno al 75%), en las cohortes vacunadas con edades de 18 a 24 años.

Los brotes más recientes han aparecido en poblaciones vacunadas prácticamente en su totalidad, llamando la atención el hecho de que una gran proporción de casos sean personas vacunadas, sin embargo, esto va unido a la cobertura (porcentaje de población vacunada) y a la efectividad vacunal (EV); de tal forma que, cuanto mayor sea la cobertura y menor la EV, mayor proporción de los casos que ocurran estarán vacunados. Y esto es lo que sucede en esta enfermedad.

En nuestro país, respecto a la edad, antes de la era vacunal era una enfermedad típicamente infantil, pero, desde la implantación de la vacuna, ha disminuido claramente la incidencia (es una enfermedad de declaración obligatoria individual); no obstante, la enfermedad se ha desplazado a edades superiores, con la peculiaridad de que suele ser más grave, y así los brotes que estamos sufriendo en España afectan sobre todo a adolescentes y adultos jóvenes (15-34 años).

#### Clínica<sup>(8-14)</sup>

**Tumefacción parotídea dolorosa principalmente bilateral, con ligeros síntomas generales, que suele durar 7 días. Puede afectar a otras glándulas salivales, a los testículos o al sistema nervioso central.**

La infección asintomática (hasta un 1/3 de los casos) es más frecuente en adultos que en niños; mientras que, la parotiditis clínica es más frecuente en niños de 2 a 9 años que en niños mayores.

El cuadro clínico se inicia con unos pródromos inespecíficos de 1-3 días, consistentes en: malestar general, mialgias, cefalea, anorexia o febrícula. Tras ello, en un 60-70% de los casos, aparecen molestias en la parótida y otalgia del mismo lado, con posterior tumefacción parotídea uni (25% de los casos) o sobre todo bilateral, dolorosa, principalmente con la masticación, que alcanza a los 2-3 días su grado máximo, perdiéndose, típicamente, el ángulo

mandibular. Suele durar alrededor de 7 días. Pero no sólo afecta a la parótida, pues otras glándulas salivales pueden verse también involucradas, principalmente la submaxilar (que además debe diferenciarse de una adenitis cervical). Pueden encontrarse inflamados los conductos de salida de las glándulas salivales en la cavidad bucal.

Un tercio de las infecciones no muestran afectación de ninguna glándula salival y hasta un 40-50% de las infecciones pueden presentar síntomas inespecíficos o fundamentalmente respiratorios. En menores de 5 años, la enfermedad se manifiesta más frecuentemente como una enfermedad respiratoria de vías bajas.

Respecto a otras manifestaciones, la aparición de orquitis, sobre todo en adolescentes, en general unilateral, no es infrecuente (20-30%). La esterilidad posterior es rara.

También, puede haber afectación del sistema nervioso central, con meningitis aséptica (10%) o encefalitis (<2 casos/10.000) con, en general, buen pronóstico y sin dejar secuelas. También, puede producir neuritis del nervio facial o del auditivo.

Más raras son las alteraciones de otras glándulas, como: ovario, tiroides o páncreas.

No se han asociado malformaciones congénitas por sufrir la enfermedad en el embarazo, pero sí más riesgo de abortos cuando ocurre en el 1<sup>er</sup> trimestre.

Respecto a la inmunidad, tras la infección natural, suele ser permanente, aunque se han publicado algunos casos secundarios.

#### Diagnóstico<sup>(9-13)</sup>

**Se realiza por la clínica, la serología y la realización de PCR y cultivo en faringe y en orina. La serología tiene valor en los no vacunados; mientras que, en los vacunados es preferible la PCR y el cultivo.**

El diagnóstico se basa en la clínica, aunque debe ser confirmado por métodos de laboratorio.

El virus puede ser aislado de la faringe por detección genómica (reacción en cadena de la polimerasa [PCR]) y por cultivo en el exudado faríngeo desde 7 días antes del inicio de la clínica, hasta 9 días después.

La investigación del virus en orina (PCR y cultivo) es muy útil, pues se puede encontrar también desde 6 días antes, pero hasta 2 semanas después del inicio del cuadro clínico.

Si existe complicación meníngea, encontraremos predominio linfocítico en el LCR, pudiendo detectar el virus por PCR en el mismo.

También, es útil (sobre todo en no vacunados) la serología con la determinación de IgM específica o bien el aumento significativo de Ig G entre la fase aguda y la convalecencia. Se debe recordar que, en vacunados que enferman por fallo vacunal, la confirmación diagnóstica por serología clásica (presencia de IgM en suero) es muy probable que no sea posible; ya que, ante una infección por virus salvaje, estas personas desarrollarán una respuesta inmune secundaria (aumento de IgG con ausencia de IgM) al haber tenido una estimulación inmune anterior con la vacunación. Por ello, en los vacunados, la confirmación del diagnóstico debería hacerse mediante pruebas virológicas (detección genómica con PCR o aislamiento del virus en exudado faríngeo y en orina). También, la interpretación de la subida de títulos de anticuerpos puede tener limitaciones a causa de una reacción cruzada del virus de la parotiditis con los virus parainfluenza.

#### Tratamiento<sup>(9-13)</sup>

**El tratamiento es sintomático con aislamiento del paciente durante 4 días desde el inicio de los síntomas.**

El tratamiento, en ausencia de complicaciones, suele ser domiciliario, simplemente con medidas sintomáticas, con: analgésicos/antiinflamatorios, líquidos abundantes y restricción de sustancias ácidas o picantes que aumentarían el dolor en las glándulas salivales.

Los enfermos no deben acudir a centros educativos y lugares de trabajo (y si están hospitalizados, mantener aislamiento respiratorio) hasta pasados 4 días desde el inicio de los síntomas.

#### Prevención<sup>(8-20)</sup>

**Se realiza con la vacuna triple vírica; las cepas actuales son la Jeryl-Lynn y la RIT-4385.**

Se realiza mediante la vacuna TV, que contiene virus atenuados de sarampión, rubéola y parotiditis. En España, la vacuna frente a la parotiditis siempre se ha comercializado como TV (no ha habido vacunas monocomponente) y se han usado hasta 4 cepas vacunales de parotiditis, todas del genotipo A.

#### Cepas vacunales

Las vacunas con la cepa Urabe, que se usaron en los primeros años, fueron retiradas por presentar una frecuencia llamativa de casos de meningitis aséptica, aunque su perfil de inmunogenicidad era bueno.

Durante unos años, se usó la cepa Rubini (1996 a 1998), pero la ocurrencia de brotes en niños vacunados con esta cepa demostró su baja efectividad y también fue retirada del mercado.

Las vacunas usadas actualmente contienen las cepas Jeryl Lynn y la RIT-4385, que es una cepa derivada de la anterior. Para estas cepas, los ensayos clínicos controlados mostraron altos niveles de seroconversión y de eficacia protectora, del 95-96%, pero en estudios a corto plazo (como máximo hasta 20 meses tras la vacunación); sin embargo, los estudios de seguimiento serológico muestran un descenso de la tasa de seroconversión al cabo de los años, incluso tras 2 dosis, con sólo un 86% de vacunados protegidos a los 9 años de la primera dosis y a los 4 de la segunda dosis en un estudio realizado en Finlandia.

Los estudios de campo muestran valores menores de efectividad de forma consistente, con valores entre 78-91%. Diversos estudios demuestran que los fallos vacunales pueden ser tanto primarios, por falta de respuesta inicial a la vacunación, como secundarios, por pérdida de la inmunidad vacunal inicial.

Aunque se ha sugerido que la diferencia genética entre los virus vacunales (genotipo A) y los virus salvajes (genotipo G) pudiera hacer que los anticuerpos vacunales no llegaran a neutralizar los virus salvajes, especialmente si los títulos son bajos, es un tema que aún está en discusión y los pocos estudios realizados muestran resultados contradictorios<sup>(15)</sup>.

#### Historia

La vacunación se inició en 1981 y, actualmente, se recomiendan 2 dosis de

TV, a los 12 meses y a los 3-4 años de edad

La vacunación frente a la parotiditis con TV se inició a finales de 1981, aplicando una sola dosis (TV1) a los 15 meses de edad, aunque hasta 1986 no se alcanzaron coberturas superiores al 80%. En torno a 1996, se introduce una segunda dosis de vacuna TV (TV2) a los 10-11 años de edad (sustituyendo a la dosis de vacuna frente a rubéola que se aplicaba sólo a las niñas). En el año 2000, se adelanta la edad de aplicación de la TV2 a los 3-6 años de edad, realizándose campañas de vacunación de barrido entre los 4 y los 10-11 años de edad.

La Asociación Española de Pediatría, a través de su Comité Asesor de Vacunas, recomienda una 1ª dosis a los 12 meses de edad y una 2ª a los 2-3 años de edad, con preferencia por los 2 años de edad<sup>(16)</sup>.

En España, hay actualmente comercializadas 2 vacunas TV<sup>(17)</sup>:

- Priorix® (GlaxoSmithKline), que lleva como componente de parotiditis la cepa RT-4385, derivada de la cepa Jeryl Lynn.
- M-M-RVAXPRO® (Sanofi Pasteur MSD), que lleva como componente de parotiditis la cepa Jeryl-Lynn.

#### Recomendaciones ante un brote epidémico

**Se debe mantener y mejorar la vigilancia epidemiológica de la enfermedad, confirmar los casos, aislamiento 4 días de los enfermos, revisar el calendario de vacunación de los contactos y, aún es discutida, la aplicación de una 3ª dosis de vacuna TV.**

#### Mantener y mejorar la vigilancia epidemiológica de la parotiditis

- Recordatorio a los centros de atención primaria y a los servicios de urgencia de atención especializada de la obligación legal de notificar los casos de forma individualizada. Como establece el Decreto 69/97, la obligación de declarar corresponde al médico que realice el diagnóstico de sospecha, y la derivación a otro nivel de asistencia sanitaria no excluye la obligación de declarar.
- Recordatorio al sistema sanitario asistencial de la existencia de protocolos de vigilancia epidemiológica,

concretamente de parotiditis, donde se recogen las definiciones de caso, el sistema y los formularios de notificación y las medidas de diagnóstico y control de la enfermedad.

#### Confirmación de los casos

Dada la poca fiabilidad del diagnóstico clínico, especialmente para los casos esporádicos, se debe intentar la confirmación diagnóstica de los casos sospechosos según los siguientes criterios:

- Se intentarán confirmar todos los casos esporádicos.
- En situaciones de brote epidémico, se intentarán confirmar la mayor parte de casos primarios, sin relación con otros casos, pero no hace falta confirmar los casos secundarios, especialmente si presentan una clínica típica.
- Se confirmarán todos los casos que requieran ingreso en el hospital.

En las personas no vacunadas, la prueba de confirmación básica es la detección de IgM específica en suero.

En las personas vacunadas, las pruebas serológicas son poco útiles y es recomendable utilizar métodos virológicos: escobillado faríngeo en medio de transporte de virus y muestra de orina en frasco estéril, para realizar pruebas de detección genómica (PCR) y aislamiento del virus.

#### Actuaciones con el paciente y los contactos

Los enfermos deben permanecer excluidos de centros educativos y lugares de trabajo hasta pasados 4 días desde el inicio de los síntomas. Los enfermos que ingresen en el hospital deben mantenerse con aislamiento respiratorio hasta 4 días después del inicio de síntomas.

La vacunación de las personas susceptibles, que hayan tenido contacto con un caso, no tiene eficacia para prevenir la enfermedad en caso de contagio. No obstante, está indicado, de manera general, revisar la situación de vacunación de los convivientes y contactos de los enfermos (nacidos a partir de 1974; los nacidos antes se consideran mayoritariamente inmunes) y completar la pauta de vacunación en los que no hayan recibido, al menos, 2 dosis de vacuna triple vírica (separadas entre sí,

al menos, 4 semanas), para protegerlos frente a nuevas exposiciones.

#### Vacunaciones preventivas

Mantener los mayores niveles posibles de cobertura de la vacunación sistemática infantil, aplicando 2 dosis de vacuna vírica (TV) a todos los niños según el calendario de vacunaciones infantiles vigente en cada comunidad y ciudad autónoma y, también, completando la pauta de 2 dosis a todos los niños con vacunación incompleta que se detecten.

De manera general, se recomienda aprovechar todas las posibles oportunidades de vacunación (captación oportunista en consulta) para revisar el estado de vacunación de los adultos hasta los 35 años de edad, completando la pauta de vacunación de 2 dosis, en caso necesario.

Hay muy pocos estudios de seguridad y eficacia<sup>(18)</sup> para la aplicación de una 3ª dosis de vacuna TV; por lo que, no se recomienda aplicarla de forma generalizada en los que ya hayan recibido la pauta completa de 2 dosis. Algunas comunidades, como Madrid<sup>(19)</sup>, sin embargo, han recomendado la aplicación de una 3ª dosis a aquellas cohortes en las que alguna dosis sea de la vacuna con la cepa Rubini, por el supuesto beneficio hipotético.

Dada la gran dificultad para la captación y vacunación de los grupos de edad más afectados, incluyendo los que hayan recibido alguna dosis de cepa Rubini, no se recomienda realizar actividades especiales de vacunación de manera generalizada.

Sólo en caso de poblaciones claramente definidas (como ejemplo, un Instituto de Educación Secundaria), que mantengan un contacto suficientemente estrecho para permitir la difusión de la enfermedad y en las que se detecte un claro déficit de inmunidad, como una alta proporción de personas no vacunadas o indicaciones de una pérdida de inmunidad vacunal (como una alta proporción de casos secundarios correctamente vacunados), podría plantearse una medida especial de vacunación, aplicando una dosis de vacuna TV a todo el colectivo, independientemente de su situación de vacunación previa.

## Función del pediatra de Atención Primaria

Se hace un repaso a la patología no tumoral de las glándulas salivales para facilitar la revisión del pediatra de Atención Primaria, dada su reducida incidencia en la edad infantil.

Debe conocer a fondo todo lo referente a los brotes epidémicos de parotiditis que estamos sufriendo en nuestro país, tanto en lo que atañe a la epidemiología, clínica, diagnóstico y tratamiento de la parotiditis, como a las medidas preventivas a adoptar ante un brote epidémico, que conlleva estrategias epidemiológicas diferentes para las distintas situaciones.

Se describe todo lo relacionado con la vacuna triple vírica, en su componente de parotiditis, para facilitar su utilización de un modo correcto para poder prevenir los brotes epidémicos.

## Conflicto de intereses

Francisco Álvarez ha realizado actividad docente para GSK, Novartis, Pfizer y Sanofi-Pasteur-MSD y ha participado en un *Advisory Board* de Novartis.

Victoria Rodríguez de la Rúa no tiene conflicto de intereses.

## Bibliografía

Los asteriscos reflejan el interés del artículo a juicio del autor.

- 1.\* López Jornet P. Alteraciones de las glándulas salivales. Murcia: Universidad de Murcia, servicio de publicaciones; 2002.
- 2.\*\* Moya López M, Velasco Llorca A. Trastornos de las glándulas salivales. [http://eusalud.uninet.edu/apuntes/tema\\_27.pdf](http://eusalud.uninet.edu/apuntes/tema_27.pdf) (último acceso: 5 de noviembre de 2013).
- 3.\*\*\* Álvarez Marcos C, Gómez Martínez J, Llorente Pendás JL, Núñez Batalla F, Rodrigo Tapia JP, Suárez Nieto C, et al. Guía de Práctica Clínica en Otorrinolaringología. Patología no tumoral de glándulas salivales. [http://www10.uniovi.es/SOS-PDA/on-line/larin/larin7\\_3.html](http://www10.uniovi.es/SOS-PDA/on-line/larin/larin7_3.html) (último acceso: 5 de noviembre de 2013).
- 4.\*\*\* Mandell DL. Disorders of the salivary glands in children. En: Myers EN, Ferrys RL, eds. *Salivary Gland Disorders*. Berlin: Springer; 2007. p. 221-36.
- 5.\*\*\* Concheiro Guisán A, Bellver Castañón E, Garrido Romero R, García Tornel Florens S. Parotiditis crónica recurrente juvenil. *An Pediatr (Barc)*. 2000; 53: 418-21.
- 6.\* Shacham R, Droma EB, London D, Bar T, Nahlieli O. Long-term experience with endoscopic diagnosis and treatment of

juvenile recurrent parotitis. *J Oral Maxillofac Surg*. 2009; 67: 162-7.

- 7.\*\* Capaccio P, Sigismund PE, Luca N, Marchisio P, Pignataro L. Modern management of juvenile recurrent parotitis. *J Laryngol Otol*. 2012; 126: 1254-60.
- 8.\*\*\* García García JJ, Corretger Rautet JM. Parotiditis. En: Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría (CAV-AEP). *Vacunas en Pediatría. Manual de la AEP 2012*, 5ª ed. Madrid: Exlibris ediciones SL; 2012. p. 413-19.
- 9.\*\*\* *Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases. The Pink Book. 12th Edition Second Printing (May 2012). Chapter 14: Mumps*. <http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/mumps.html> (último acceso: 5 de noviembre de 2013).
- 10.\*\*\* *The Australian Immunisation Handbook. 10ª edición 2013. Parte 4 Vaccine-Preventable Diseases. 4.11 Mumps*. <http://www.health.gov.au/internet/immunise/publishing.nsf/Content/handbook10-4-11> (último acceso: 5 de noviembre de 2013).
- 11.\*\* *Canadian Immunization Guide. Part 4 Active Vaccines. Mumps Vaccine*. <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/p04-mump-orei-eng.php> (último acceso: 5 de noviembre de 2013).
- 12.\*\* *Green book. Chapter 23: Mumps*. [http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/https://www.wp.dh.gov.uk/immunisation/files/2012/07/chap-23-dh\\_122638.pdf](http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/https://www.wp.dh.gov.uk/immunisation/files/2012/07/chap-23-dh_122638.pdf) (último acceso: 5 de noviembre de 2013).
- 13.\*\*\* *Parotiditis en Asturias. Informe 2012-2013*. Disponible en: <http://www.asturias.es/portal/site/astursalud/menuitem.m.2d7ff2df0b62567dbdfb51020688a0c/?vgnnextoid=ce9a197f9259c310VgnVCM10000097030a0aRCDR> (último acceso: 5 de noviembre de 2013).
- 14.\*\* Plotkin SA, Rubin SA. Mumps vaccine. En: Plotkin SA, Orenstein WA, Offit PA, eds. *Vaccines*. 5ª ed. Philadelphia, PA: Saunders Elsevier; 2008.
- 15.\*\* Kaaijk P, van der Zeijst BA, Boog MC, Hoi-tink CW. Increased mumps incidence in the Netherlands: review on the possible role of vaccine strain and genotype. *Eurosurveillance*. 2008; 13(4-6).
- 16.\*\*\* Moreno-Pérez D, Álvarez García FJ, Arístegui Fernández J, Barrio Corrales F, Cilleruelo Ortega MJ, Corretger Rautet JM, et al. *Calendario de Vacunaciones de la Asociación Española de Pediatría: recomendaciones 2013*. *An Pediatr (Barc)*. 2013; 78: 59.e1-e27.
- 17.\*\*\* *Fichas técnicas de la vacuna triple vírica*. Disponible en: <http://vacunasae.org/profesionales/fichas-tecnicas-vacunas/resultados/diseases=74> (último acceso: 5 de noviembre de 2013).

- 18.\*\*\* Ogbuanu IU, Kutty PK, Hudson JM, Blog D, Abedi GR, Goodell S, et al. Impact of a third dose of measles-mumps-rubella vaccine on a mumps outbreak. *Pediatrics*. 2012; 130: e1567-74.
- 19.\*\* *Recomendaciones frente a la parotiditis. Comunidad de Madrid*. Disponible en: [http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142350639343&language=es&pagename=PortalSalud%2FPage%2FPPTSA\\_pintarContenidoFinal](http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142350639343&language=es&pagename=PortalSalud%2FPage%2FPPTSA_pintarContenidoFinal) (último acceso: 5 de noviembre de 2013).
- 20.\*\*\* *Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Prevention of measles, rubella, congenital rubella syndrome, and mumps, 2013: Summary recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP)*. *MMWR*. 2013; 62(RR04): 1-34. Disponible en: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr6204a1.htm> (último acceso 5 de noviembre de 2013)

## Bibliografía recomendada

- Álvarez Marcos C, Gómez Martínez J, Llorente Pendás JL, Núñez Batalla F, Rodrigo Tapia JP, Suárez Nieto C, et al. *Guía de Práctica Clínica en Otorrinolaringología. Patología no tumoral de glándulas salivales*. [http://www10.uniovi.es/SOS-PDA/on-line/larin/larin7\\_3.html](http://www10.uniovi.es/SOS-PDA/on-line/larin/larin7_3.html) (último acceso: 5 de noviembre de 2013).

Esta página abarca toda la patología no tumoral de las glándulas salivales de forma breve, con fácil acceso por internet, para un tema que afecta principalmente a adultos, pero que en ocasiones la podemos encontrar en la edad infantil.

- Concheiro Guisán A, Bellver Castañón E, Garrido Romero R, García Tornel Florens S. Parotiditis crónica recurrente juvenil. *An Pediatr (Barc)*. 2000; 53: 418-21.

Aunque la cita es antigua, siempre es citada, porque ofrece una panorámica adecuada de lo que es la parotiditis recurrente juvenil. Acudiremos a las citas más recientes para actualizar el tratamiento de esta entidad.

- García García JJ, Corretger Rautet JM. Parotiditis. En: Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría (CAV-AEP). *Vacunas en Pediatría. Manual de la AEP 2012*, 5ª ed. Madrid: Exlibris ediciones SL; 2012. p. 413-19.

Actualización en español de algunos aspectos de la parotiditis y de todo lo relacionado con la vacuna triple vírica.

- *Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases. The Pink Book. 12th Edition Second Printing (May 2012). Chapter 14: Mumps*. <http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/mumps.html> (último acceso: 5 de noviembre de 2013).

Referente para conocer el estado de la enfermedad y de su prevención a través de la vacunación.

- *The Australian Immunisation Handbook. 10ª edición 2013. Parte 4 Vacci-*

ne-Preventable Diseases. 4.11 Mumps. <http://www.health.gov.au/internet/immunise/publishing.nsf/Content/handbook10-4-11> (último acceso: 5 de noviembre de 2013).

Referente para conocer el estado de la enfermedad y de su prevención a través de la vacunación.

- Parotiditis en Asturias. Informe 2012-2013. Disponible en: <http://www.asturias.es/portal/site/astursalud/menuitem.m.2d7ff2df00b62567dbdfb51020688a0c/?vgnnextoid=ce9a197f9259c310VgnVCM10000097030a0aRCRD> (último acceso: 5 de noviembre de 2013).

Permite conocer todos los datos de la enfermedad con su epidemiología y, además, hace un resumen completo de la actuación ante un brote de parotiditis.

- Fichas técnicas de la vacuna triple vírica. Disponible en: <http://vacunasaep.org/profesionales/fichas-tecnicas-vacunas/resultados?diseases=74> (último acceso: 5 de noviembre de 2013).

Se destaca porque es un recurso poco conocido y que permite conocer las fichas técnicas de todas las vacunas comercializadas en España y que se actualiza permanentemente cuando las dos agencias reguladoras (Agencia Europea de Medicamentos [EMA] y Agencia Española de Medicamentos y

Productos Sanitarios [AEMPS]) actualizan sus fichas técnicas.

- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Prevention of measles, rubella, congenital rubella syndrome, and mumps, 2013: Summary recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR. 2013; 62(RR04): 1-34. Disponible en: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr6204a1.htm> (último acceso 5 de noviembre de 2013)

Muy importante por su actualización y para conocer la actitud ante un brote epidémico, tanto en vacunación como inmunoprofilaxis.

## Caso clínico

Acude a nuestra consulta un niño de 12 años por detectar a su madre, esta mañana, hinchazón en la zona del ángulo mandibular izquierdo, así como ligero malestar y febrícula.

Antecedentes personales: asma desde la época preescolar, actualmente sin tratamiento de fondo por buena evolución. No alérgico a ningún medicamento. Vacunado correctamente para su edad, incluyendo 2 dosis de triple vírica.

En la exploración, se constata buen estado general. Está afebril y se aprecia una tumefacción en la zona pre y subauricular, así como submandibular izquierda, perdiéndose el resalte del ángulo de la mandíbula. Corresponde, por tanto, a

la zona parotídea. No existen signos de flogosis, pero la zona es algo dolorosa al tacto. El resto de la exploración general, incluida la zona ORL, es normal.

No se conoce ningún contacto previo con persona enferma de parotiditis, pero sí estamos en época epidémica de paperas en nuestra comunidad.

Se le realizan estudios complementarios (exudado faríngeo y orina) para PCR y cultivo y se hace declaración de EDO (Enfermedad de Declaración Obligatoria) ante la sospecha.

Decidimos instaurarle tratamiento sintomático, se le recomienda aislamiento domiciliario y se le cita para valoración en una semana.



# Cuestionario de Acreditación

A continuación, se expone el cuestionario de acreditación con las preguntas de este tema de *Pediatría Integral*, que deberá contestar "on line" a través de la web: [www.sepeap.org](http://www.sepeap.org).

Para conseguir la acreditación de formación continuada del sistema de acreditación de los profesionales sanitarios de carácter único para todo el sistema nacional de salud, deberá contestar correctamente al 85% de las preguntas. Se podrán realizar los cuestionarios de acreditación de los diferentes números de la revista durante el periodo señalado en el cuestionario "on-line".

## Parotiditis y otras afecciones de las glándulas salivales

### 9. ¿Cuál sería el tratamiento más adecuado en un paciente con sospecha de paperas?

- Deberíamos pautarle tratamiento con antiinflamatorios solamente.
- Es aconsejable pautarle antibiótico por alto riesgo de sobreinfección.
- Habría que darle AINEs y, además, evitar comer ácidos porque aumentan el dolor.
- Hay que hacer ecografía previamente a instaurar ningún tratamiento por si fuera una litiasis.
- Si es mayor de 14 años, se debe ingresar para controlar posibles complicaciones, sobre todo testiculares.

### 10. Señale la respuesta incorrecta:

- El mucocele es una entidad frecuente en la infancia.
- Ante la detección de un mucocele, se debe derivar para un posible tratamiento quirúrgico.
- Se presenta como una lesión elevada azulada muy dolorosa.
- El inicio de un mucocele suele ser repentino.
- Suele afectar, sobre todo, a las glándulas salivales menores.

### 11. Respecto a la parotiditis recurrente juvenil, diga qué es cierto:

- Suele ser bilateral.
- Su causa es bacteriana, por lo que se deben administrar antibióticos precozmente.
- Generalmente, es de inicio insidioso.
- Su diagnóstico es clínico y no existe tratamiento preventivo.
- Ninguna es cierta.

### 12. Ante un niño con sospecha de paperas:

- Se deben hacer estudios complementarios durante un brote epidémico, en el caso de que no sea un caso secundario.
- El periodo de incubación es de aproximadamente 10 días.
- Se le debe informar de que el pico máximo de contagiosidad es desde la aparición de la tumefacción hasta 10 días de la misma.
- En más del 50% de los casos, en varones, se complica con una orquitis.
- Ninguna es cierta.

### 13. Respecto a la vacunación con triple vírica, ¿cuál es la incorrecta?

- Es fundamental que todos los niños y adolescentes tengan 2 dosis de triple vírica.
- Actualmente, se usa la cepa Rubini que es la más efectiva.
- El Comité Asesor de Vacunas de la AEP recomienda que todos los niños estén vacunados con 2 dosis, a los 12 meses y 2- 3 años (preferentemente a los 2).
- Actualmente, no se considera que sea una vacuna efectiva para evitar casos secundarios de parotiditis en contactos susceptibles.
- El tratamiento es sintomático, aconsejando aislamiento durante 4 días.

## Caso clínico

### 14. Señale la respuesta verdadera:

- Debemos pensar en este caso en una parotiditis juvenil, dada la edad y el estado de vacunación correcto con triple vírica.
- Se debe recomendar aislamiento al paciente durante 4 días desde

el inicio de la tumefacción parotídea.

- No hace falta realizar declaración obligatoria (EDO).
- No es importante conocer el estado de vacunación a la hora de realizar estudios complementarios.
- Es fundamental realizar serología en los niños vacunados para detectar el aumento de la IgM específica.

### 15. ¿Qué estudios complementarios se deben realizar en una sospecha de paperas?

- Sólo hay que hacer estudios si sospechamos otra entidad diferente a las paperas.
- Si es un caso secundario a un caso conocido, no es necesario hacer estudios complementarios.
- En niños vacunados, se debe realizar estudio virológico en orina y exudado faríngeo.
- El aumento de IgM específica siempre ocurre en niños vacunados.
- b y c son ciertas.

### 16. Su madre nos pregunta cómo puede ser que haya tantas paperas en nuestra comunidad y si la mayoría de los niños están vacunados:

- Porque la vacuna frente a la parotiditis no tiene una efectividad del 100%.
- Hubo una época en que se utilizaron vacunas menos efectivas que las actuales.
- Es una enfermedad muy contagiosa.
- Es una enfermedad que a veces es asintomática, pero que a pesar de ello puede contagiar.
- Todas son verdaderas.