



Caso clínico. Enfermedades infecciosas

A veces la clave está dentro de la boca

Laura Buzón Serrano^a, Raquel Subirón Ortego^b, María San Juan Manso^c,
Leire Arlabán Carpintero^d, Cristina Bardella Gil^b, Marta Bespín Gracia^e

^aMIR-Pediatría. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. España

• ^bPediatra. CS Teruel Centro. Teruel. España

• ^cPediatra. CS Andrés Mellazo. Madrid. España

• ^dPediatra. CS Miralbueno. Zaragoza. España

• ^ePediatra. CS Barrio Jesús. Zaragoza. España.

Publicado en Internet:
16-mayo-2024

Laura Buzón Serrano:
laurabuzonserrano@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La glándula parótida es una de las tres glándulas salivares principales. Su inflamación suele ser debida a causa infecciosa o a parotiditis crónica recurrente. Debemos realizar una adecuada anamnesis y exploración completa para intentar identificar estos cuadros y otros más infrecuentes.

RESUMEN DEL CASO

Exponemos el caso de un niño de 4 años, sin antecedentes personales de interés y con calendario vacunal correcto para su edad, que acudió a la consulta de Atención Primaria por presentar dolor en la región parotídea derecha de 24 horas de evolución con inflamación progresiva de dicha zona en las últimas 12 horas (Figura 1). El niño presentaba un cuadro catarral sin fiebre los tres últimos días y mantenía excelente estado general.

A la exploración destacaba induración en la zona parotídea con borramiento del ángulo mandibular. Tras realizar un mínimo masaje de la zona, se apreciaba salida de material purulento abundante a través del conducto de Stenon (Figura 2).

Ante la sospecha de parotiditis bacteriana supurada aguda fue remitido a un hospital terciario para ampliar pruebas complementarias e inicio de tratamiento antibiótico endovenoso.

En la analítica sanguínea realizada en urgencias se apreció leucocitosis ($23\ 600/\text{mm}^3$) con desviación izquierda ($16\ 000/\text{mm}^3$ neutrófilos), sin elevación de otros reactantes de fase aguda (PCR $1,01\ \text{mg/dl}$; PCT $0,04\ \text{ng/ml}$). La ecografía mostró signos compatibles con parotiditis crónica bilateral reagudizada en el lado derecho, con adenopatías reactivas y sin colecciones identificables.

Figura 1. Inflamación en la región parotídea derecha

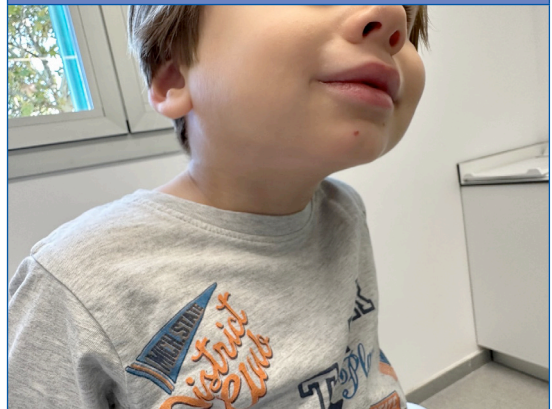


Figura 2. Material purulento a través del conducto de Stenon



Cómo citar este artículo: Buzón Serrano I, Subirón Ortego R, San Juan Manso M, Arlabán Carpintero I, Bardella Gil C, Bespín Gracia M. A veces la clave está dentro de la boca. Rev Pediatr Aten Primaria Supl. 2024;(33):e76-e77.

Permaneció ingresado durante seis días con antibioterapia empírica endovenosa (amoxicilina-ácido clavulánico) y antiinflamatorios, con buena evolución clínica y analítica, sin precisar drenaje quirúrgico.

El estudio microbiológico del material purulento demostró la presencia de flora bacteriana habitual de la cavidad oral, y las serologías virales fueron negativas (IgM negativa para parotiditis).

CONCLUSIONES

A pesar de que la parotiditis viral epidémica es la causa más frecuente de inflamación de la glándula parótida en Pediatría, debemos realizar un diagnóstico diferencial más amplio

con entidades menos frecuentes, como la parotiditis supurada aguda, cuyo signo patognomónico es la salida de material purulento a través del conducto de Stenon, y que requiere ingreso hospitalario para tratamiento antibiótico endovenoso y observación clínica.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

RESPONSABILIDAD DE LOS AUTORES

Los autores han remitido un formulario de consentimiento de los padres/tutores para publicar información de su hijo/a.