



## 242/1738 - PAROTIDITIS ATÍPICA

M. Ramos Oñate<sup>a</sup>, J. Capellades I Llopart<sup>b</sup>, E. Sáiz Yoldi<sup>c</sup>, L. Fernández-Vega Suárez<sup>d</sup>, A. Ruíz Urrutia<sup>a</sup> y C. Laguna Cárdenas<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. Cantabria. <sup>b</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sardinero. Santander. Cantabria.

<sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puertochico. Santander. Cantabria.

<sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cazoña. Santander. Cantabria.

## Resumen

**Descripción del caso:** Niña de 3 años que acude por presentar tumefacción e inflamación a nivel de la glándula parótida izquierda de 24h de evolución, asociando un pico febril aislado de hasta 38 °C. No presentaba cuadro catarral en los días previos ni otra clínica asociada. No ambiente epidémico familiar. Como antecedentes personales presenta asma del lactante, púrpura de Schönlein Henoch y anemia ferropénica. Además fue vacuna de la 2ª dosis vacuna Triple vírica hace 15 días. Se diagnóstico de parotiditis epidémica y se inició tratamiento con antiinflamatorios y control en 72h.

**Exploración y pruebas complementarias:** A las 72h presentaba buen estado general, discreta palidez mucocutánea y tumefacción parótida izquierda de 5 × 4 cm, pétrea e inmóvil, asociando discreta hiperemia faríngea sin otros hallazgos. No se palpan adenopatías. Se realizó analítica sanguínea completa, con hemograma y bioquímica sin alteraciones, y se solicitaron serologías para CMV, Epstein Bar, parotiditis, Parvovirus y VIH, negativas a excepción de IgG parotiditis positiva (vacunación). Dada la normalidad analítica y la persistencia del cuadro, se solicita ecografía parotídea preferente, observándose gran cantidad de pequeños nódulos, adenopatías intraparotideas compatibles con sialectasia, infiltración linfoide y nódulos linfoepiteliales. Tras descartar causa infecciosa, y ante la persistencia del cuadro, los siguientes etiologías a descartar son parotiditis recurrente de la infancia, o un síndrome de Sjögren juvenil. Se realiza nueva analítica donde se objetiva hipergammaglobulinemia con IgG 1.470 (413-1.187), por lo que se diagnostica de probable síndrome de Sjogren (pendiente solicitar Ac específicos -ANA, Anti Ro/SSA, Anti La/SSB y FR, sólo válidos a partir de los 5 años).

**Juicio clínico:** Síndrome Sjögren juvenil, parotiditis recurrente.

**Diagnóstico diferencial:** Síndrome Sjögren juvenil, parotiditis recurrente, sialolitiasis, VIH.

**Comentario final:** Aunque la gran mayoría de parotiditis valorados en consulta son de carácter autolimitado y etiología viral, ante casos persistentes o recurrentes habrá que sospechar otras etiologías. En estos casos la primera prueba a realizar en estos casos es una ecografía para descartar patología obstructiva (litiásica o tumoral).

## **Bibliografía**

1. Neira Chaparro G, et al. Parotiditis Crónica Recurrente o Síndrome de Sjögren Primario Juvenil Reporte de un Caso. Rev Chil Pediatr. 2009;80(4):361-6.

**Palabras clave:** Síndrome Sjögren juvenil. Parotiditis recurrente.