



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

262/112 - REVISIÓN DE LA PAROTIDITIS, A PROPÓSITO DE BROTE EN LOCALIDAD DEL DEPARTAMENTO DE XÁTIVA-ONTINYENT

M. March Bono^a, P. Sánchez Amador^b, A. Nadal Mañez^c, Á. Alborch Ferrís^d y M. Morant Llidó^e

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Pobla Llarga. Valencia.

^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Enguera. Valencia. ^cMédico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Villanueva de Castellón. Hospital Lluís Alcanyís. Valencia. ^dMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Pobla Llarga. Valencia. ^eMédico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Enguera. Valencia.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 32 años, médico de familia de profesión, que consulta por inflamación de la glándula parótida derecha. Asocia fiebre previa de 38 °C y artromialgias. Se pautan antiinflamatorios orales y crioterapia local. Tres días después, existe afectación contralateral. Explica contacto directo con cuatro niños de 7 años, alumnos de una misma clase, a los que atendió en urgencias con el mismo cuadro. Diez días después, resuelta ya la parotiditis, inicia cuadro autolimitado de orquitis. Sin AP de interés. Vacunación completa.

Exploración y pruebas complementarias: Tumefacción, enrojecimiento e hipersensibilidad a nivel de ambas glándulas parótidas. Resto normal. Hemograma: leucos. 4.000 (46% neutrófilos). Bioquímica: perfil hepático normal, PCR 2,4, procalcitonina 0,054. Serología con IgG e IgM positivos a Paramyxovirus.

Juicio clínico: Parotiditis vírica.

Diagnóstico diferencial: Infecciones virales (Parainfluenza, Coxsackie, Influenza A, Epstein Barr, VIH, adenovirus), bacterianas (Staphylococcus aureus) y etiologías no infecciosas (cálculos salivares, tumores y sarcoidosis).

Comentario final: Es una enfermedad infectocontagiosa aguda y benigna, caracterizada por la tumefacción de las glándulas parótidas. Pueden existir complicaciones, como la orquitis unilateral (> frecuente). El diagnóstico es clínico. En caso de clínica atípica o de complicaciones, se le derivará al servicio correspondiente. El tratamiento es conservador. Debido a las vacunaciones sistemáticas, la edad de mayor prevalencia se ha desplazado, afectando a adultos jóvenes en contexto de brotes epidémicos presentes aún en países desarrollados. Por ello, además de la vacunación, es importante el aislamiento de los pacientes hasta cinco días después del inicio de los síntomas. Se sabe que la diferencia antigénica entre los genotipos circulantes y el genotipo a de las vacunas influyen en las respuestas inmunológicas, además existe un descenso de los anticuerpos con los años; hecho que plantea dudas de su efectividad en el tiempo. En nuestro área se ha dado un brote en una localidad

en el que se han visto afectados 7 niños de entre 6 y 8 años y dos profesionales sanitarios de 28 y 32 años; todos bien vacunados, hecho que motivó la revisión de la patología y plantea dudas sobre la eficacia de la vacunación.

Bibliografía

1. Centers for disease control and prevention. Updated recommendations for isolation of persons with mumps. MMWR. 2008;57:1103.
2. Kleiman MB. Mumps virus. In: Lenette EH, ed. Laboratory diagnosis of viral infections, 2nd ed. Marcel Dekker, New York, 1992. p. 549.