

## ARTIGO ORIGINAL

***Parotidite recorrente em criança***Luissaulo Cunha<sup>1</sup>; Cláudio Búrigo de Carvalho Filho<sup>2</sup>.**Resumo**

**Objetivo:** Descrever um caso de Parotidite recorrente em criança e revisar a literatura.

**Método:** Relato de caso de uma criança com episódios repetitivos de edema parotídeo bilateral. Revisão da literatura através dos bancos de dados Lilacs, Scielo e Medline de 1993 a 2003.

**Resultados:** Menino de onze anos e onze meses com história de episódios repetidos de aumento e dor bilateral das glândulas parótidas. O primeiro episódio ocorreu entre seis e sete anos de idade. Ao exame físico apresentava dor, aumento e induração das parótidas, predominantemente do lado esquerdo. A ultrassonografia mostrou, bilateralmente, imagens nodulares hipocogênicas sugestivas de sialoadenite recorrente.

**Conclusões:** Crianças que apresentem episódios recidivantes de aumento das glândulas parótidas devem ser investigadas para Parotidite Recorrente, Síndrome de Sjögren, Sialolitíase e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids). O diagnóstico da Parotidite Recorrente pode ser estabelecido inicialmente pela Ultrassonografia e também através da Sialografia. O Diagnóstico diferencial com as outras entidades é feito através da clínica e outros exames laboratoriais. Quanto ao tratamento ainda não existe consenso na literatura. Recomenda-se a utilização de analgésicos e antibióticos.

**Descritores:** 1. Parotidite recorrente;  
2. Parotidite recorrente infantil;  
3. Criança.

**Abstract**

**Objective:** To describe a case of recurrent parotitis in child and to revise literature.

**Methods:** Story of case of a child with repetitive episodes of swelling in parotid gland bilaterally. Revision of literature through the data bases Lilacs, Scielo and Medline of 1993 the 2003.

**Results:** Boy eleven years and eleven months old with history of repeated episodes of increase and bilateral pain of the parotids glands. The first episode occurred between six and seven years of age. To the physical examination it presented pain, increase and swelling of the parotids glands, predominantly of the left side. The ultrasonography revealed, bilaterally, suggestive hypoechoic images nodulares of recurrent sialoadenite.

**Conclusions:** Children who present recurrent episodes of increase of the parotids glands must be investigated for Recurrent Parotitis, Sjögren's Syndrome, Sialolithiasis and AIDS. The diagnosis of the Recurrent Parotitis also can be established initially by the ultrasonography and through the sialography. The distinguishing Diagnosis with other entities is made through the clinic and other laboratory examinations. Regarding treatment there is no consensus in he literature yet. It is recommended the use of analgesics and antibiotic.

**Keywords:** 1. Recurrent parotitis;  
2. Infantile recurrent parotitis;  
3. Child.

1. Pediatra; Mestre em Ciências Médicas pela UFSC; Professor de Pediatria no Curso de Medicina da UNISUL; Supervisor do Sistema Saúde Materno-Infantil do curso de Medicina da UNISUL.
2. Radiologista; Professor dos Módulos de Farmacologia, Imagem e Patologia do Curso de Medicina da UNISUL.
3. Disciplina Saúde Materno-Infantil. Curso de Medicina. Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL).

**Introdução**

A parotidite recorrente, também denominada sialoadenite recorrente ou ainda parotidite recorrente juvenil, é um processo inflamatório da glândula parótida, geralmente associado com dilatação da mesma, sem obstru-

ção. Geralmente estes quadros ocorrem em crianças, mas eventualmente se prolongam até a vida adulta. A doença é caracterizada por episódios de edema da glândula parótida, que podem ou não ser dolorosos. Frequentemente surge febre e mal estar. São quadros raros cuja etiologia permanece obscura. Geralmente tem resolução espontânea até a puberdade, sem que se tenha explicação para este fato. No adulto, entretanto, a evolução é menos favorável. A conduta adequada para esta doença é cercada de incertezas.<sup>1</sup>

O objetivo deste trabalho é relatar um caso de parotidite recorrente de uma criança de 11 anos e 11 meses de idade discutindo os aspectos clínicos, diagnóstico, tratamento e evolução.

### Relato do Caso

L.M., onze anos e onze meses, masculino. Na primeira consulta tinha idade de nove anos e nove meses e referia íngua atrás da orelha esquerda de início há um dia. Não se queixava de dor local ou febre e não referia dor de garganta ou de ouvido. Também não apresentava sinais de infecção do trato respiratório. Em outros episódios, refere ter apresentado íngua também atrás da orelha direita. Apresentou quadro semelhante com a idade de seis anos, aproximadamente. Ao exame físico apresentava-se em bom estado geral, afebril, com adenomegalia sub-ângulo mandibular esquerdo de aproximadamente um centímetro, discretamente dolorosa, móvel e de consistência elástica. Exame de orofaringe revelou cárie dentária em arcada inferior esquerda. Foi encaminhado ao dentista com suspeita de adenite por cárie dentária. No dia seguinte retornou com aumento do volume da glândula parótida esquerda e com dor local e dor à deglutição. Apresentava dor também em parótida direita, embora não apresentasse aumento de volume ao exame. Melhor interrogado revelou ter apresentado, anteriormente, quadros semelhantes. Foi solicitado ultrassonografia de parótidas que revelou imagens nodulares hipocogênicas sugestivas de sialoadenite recorrente. (figuras 1, 2 e 3). No total apresentou aproximadamente sete episódios, até junho de 2004, os quais sempre foram bilaterais com predominância ora de um lado, ora de outro e quase sempre cursaram sem febre. No ano de 2004 apresentou um episódio em abril e um em junho. A duração dos quadros não ultrapassou uma semana e foram utilizados somente analgésicos ou antiinflamatórios não hormonais para dor, quando necessário.

Os exames solicitados os exames a seguir relacionados e que foram todos normais: hemograma, velocidade de hemossedimentação, imunoglobulinas (IgA, IgG, IgM), complemento sérico (C3, C4), fator reumatóide, fator antinuclear e sialografia bilateral.

### Discussão

O aumento idiopático recorrente das glândulas parótidas em crianças é mais freqüente unilateralmente mais pode ocorrer nas duas parótidas. Podem ocorrer simultaneamente ou de maneira alternada. O edema costuma se limitar à glândula produz pouca dor e pode durar de duas a três semanas. No nosso caso a duração dos episódios não ultrapassou uma semana. Pode recorrer dez vezes ou mais e tem maior incidência na primavera.<sup>2</sup> Nos pacientes com AIDS o aumento das glândulas parótidas ocorre em 9,47% dos casos.<sup>3</sup> Os vários casos recorrentes de inflamação da parótida, levam a sua lenta destruição.<sup>4</sup>

Quanto à etiologia, permanece obscura. Inicialmente ocorre quadro inflamatório da cavidade oral. A seguir as glândulas apresentam dilatação (sialectasia) dos ductos distais, mas não existe obstrução. O quadro tem início com discreta inflamação da glândula e no ducto epitelial, talvez devido a baixo fluxo salivar por desidratação e debilidade. Segue-se sinuosidade e estrangulamento dos ductos distais e metaplasia do ducto epitelial. A metaplasia, por sua vez, leva a uma exagerada produção de muco. Estas modificações são acompanhadas com suplementar redução da taxa de fluxo salivar, predispondo a processos inflamatórios recorrentes das parótidas. A diminuição da taxa do fluxo salivar pode ser causada por lesão das parótidas, mas também se encontrou redução deste fluxo na parótida contralateral nos casos em que somente uma parótida estava acometida. A redução da taxa do fluxo salivar também poderia explicar os casos de tendência familiar relatados por alguns autores.<sup>1,5</sup>

As bactérias mais freqüentemente isoladas foram o streptococcus pneumoniae, haemophilus influenzae, streptococcus viridans e moraxella catarrhalis.<sup>6,7</sup> Os vírus parecem não serem causa de episódios agudos.<sup>8</sup>

Ocorrem quadros recorrentes de parotidite com edema doloroso durante a mastigação e (ou) deglutição. Tem início geralmente entre três e seis anos de idade. O caso relatado teve início aos seis anos de idade. Os quadros geralmente são associados com febre e mal estar embora tipicamente haja ausência de pus. É mais freqüente no sexo masculino. Os sintomas geralmente

são unilaterais, mas quando bilaterais existe predominância de um lado. O padrão mais comum são ataques a cada três ou quatro meses embora variem individualmente. Usualmente os sintomas remetem após a puberdade.<sup>1,9</sup> Os sintomas mais freqüentemente encontrados são aumento de volume, dor local significativa, febre, induração da parótida ao exame e saliva turva ou purulenta.<sup>10</sup> Em alguns casos encontraram-se associações com infecções (resfriados, pneumonia, amidalites, bronquites e otites).<sup>6</sup>

A ultra-sonografia (US) é recomendada como primeiro exame a ser solicitado bem como para o seguimento. Antigamente a sialografia ocupa o lugar da ultra-sonografia. A ultra-sonografia costuma revelar áreas hipoecóicas que corresponderiam a sialectasia punctata demonstrada pela sialografia. Os equipamentos mais modernos para a realização da ultra-sonografia são tão confiáveis quanto a sialografia. A sialografia está indicada quando a US revela cálculos, dilatação ductal, cistos ou aumento glandular. A sialografia tem por objetivo excluir estenose ductal ou obstrução. Se a imagem do ultra-som revela massa sólida, está indicado tomografia computadorizada ou ressonância magnética. Se o US for normal, a sialografia estará indicada somente nos casos de sintomas recorrentes.<sup>(1, 10)</sup> No nosso paciente a sialografia revelou-se normal.

A incerteza sobre a etiologia, a raridade da doença e a história natural irregular, impedem que se tenha uma estratégia universal de tratamento. No tratamento dos quadros agudos são indicados analgésicos, antiinflamatórios não hormonais e antibióticos que costumam ser efetivos na redução da dor e do edema. Pode-se usar amoxicilina com clavulanato embora a penicilina seja considerada adequada. O estafilococo não é um agente usual. Muitos pesquisadores estão de acordo com o uso de antibióticos, porém outros questionam se o uso dos antibióticos muda o curso natural da doença. Outros tratamentos incluem agentes que promovem o fluxo salivar, calor moderado, massagem e sondagem ductal. Os esteróides podem reduzir o edema mas não previnem recorrências.<sup>1</sup> Observou-se que nos pacientes que receberam antibióticos os episódios tiveram menor duração.<sup>(10)</sup> Não utilizamos antibióticos em nosso paciente em nenhum dos episódios.

Outra opção terapêutica incluem, segundo alguns autores, as cirurgias como a técnica de Blair ou neurectomia timpânica, nos casos de parotidites crônicas sem melhora com o tratamento clínico<sup>11,12</sup> Alguns autores utilizaram lavado, através do ducto de Stensen, com substância iodada hidrossolúvel como anti-séptico.<sup>6</sup>

### Referências Bibliográficas:

1. Chitre VV, Premchandra DJ. Recurrent parotitis. Arch Dis Child 1997; 77(4):359-63.
2. Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB. Nelson Tratado de Pediatria. 16ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
3. Merchant RH, al. Clinical profile of HIV infection. Indian Pediatr 2001; 38(3):239-46.
4. Huisman TA, Holzmann D, Nadal D. MRI of chronic recurrent parotitis in childhood. J Comput Assist Tomogr 2001; 25(2):269-73.
5. Wittekindt C, Jungehulsing M, Fischbach R, Landwehr P. [Chronic recurrent parotitis in childhood in monozygotic twins. Magnetic resonance sialography]. Hno 2000; 48(3):221-5.
6. Landaeta MM, Soledad Giglio MM, Ulloa FMT, Martínez GMJ, Eugenia Pinto CM. Aspectos clínicos, etiología microbiana y manejo terapéutico de la parotiditis crónica recorrente infantil. Rev Chil Pediatr 2003; 74(3):269-76.
7. Giglio MS, Landaeta M, Pinto ME. Microbiology of recurrent parotitis. Pediatr Infect Dis J 1997; 16(4):386-90.
8. Vinagre C, Martinez MJ, Avendano LF, Landaeta M, Pinto ME. Virology of infantile chronic recurrent parotitis in Santiago de Chile. J Med Virol 2003; 70(3):459-62.
9. Concheiro Guisan A, Bellver Castanon E, Garri-go Romero R, Garcia Tornel Florensa S. Parotiditis crónica recorrente juvenil. An Esp Pediatr 2000; 53(5):418-21.
10. Nazar MG, Iniguez OF, Der MC, Méndez RC, García BC, Arce VJ, et al. Parotiditis aguda recorrente en el niño. Rev Chil Pediatr 2001; 72(5):437-42.
11. Sarmiento ME. Parotiditis crónicas recidivantes. Nuestra experiencia. Rev Cubana Estomatol 1998; 35(2):49-54.
12. Vasama JP. Tympanic neurectomy and chronic parotitis. Acta Otolaryngol 2000; 120(8):995-8.

### Endereço para Correspondência:

Luissaulo Cunha.

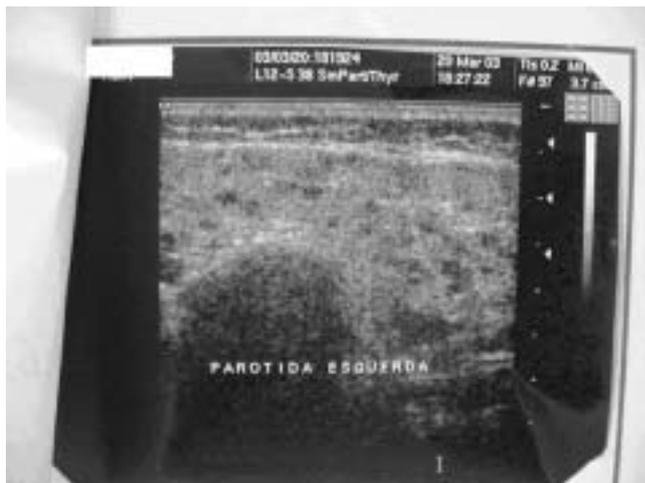
Rua: Dr. Otto Feuerschüette, 177, apartamento 302.

Vila Moema - Tubarão - SC.

CEP: 88705-020

E-mail: lcunha@UNISUL.br

**Figura 1** – Glândula parótida esquerda de volume aumentado, apresentando nódulos hipocogênicos dispersos pelo parênquima.



**Figura 3** – Glândula parótida direita de volume aumentado e ecotextura heterogênea, apresentando nódulos hipocogênicos dispersos pelo parênquima.



**Figura 2** – Linfonodomegalias nas cadeias jugulares, com aspecto inflamatório.

