

Parotidite recorrente idiopática na criança

Inês Nunes Vicente¹; Mónica Oliva¹

RECURRENT IDIOPATHIC PAROTITIS IN CHILDHOOD

ABSTRACT

Introduction: Recurrent idiopathic parotitis (RIP) is a frequent etiology of repeated inflammatory episodes of the parotid gland, in childhood.

Objectives: To review current literature on the etiology, clinical presentation, diagnosis and treatment of RIP.

Development: RIP is characterized by repeated episodes of swelling and pain in the parotid gland, usually accompanied by fever and malaise. Aetiology is multifactorial and, to date, unclear. Diagnosis is essentially clinical. Despite its benign character, recurrent parotitis can be a signal of other diseases, particularly in case of delayed onset of symptoms (from six-year-old) and bilateral involvement. The use of complementary tests should be individualized. Ultrasound is the diagnostic tool of choice and shows non-obstructive dilatation of glandular ducts (sialectasis). Treatment is mainly symptomatic. Prognosis is good with tendency to remission at puberty.

Conclusions: RIP is a benign and self-limited condition. However, recurrent parotitis episodes should prompt investigation for underlying diseases, particularly in cases of late onset of symptoms (after age six years) and bilateral involvement.

Key-words: child, parotid gland, recurrent parotitis.

RESUMO

Introdução: Na infância, a parotidite recorrente idiopática (PRI) é uma causa frequente de inflamação recorrente e autolimitada da glândula parótida.

Objetivo: O presente trabalho tem como objetivo fazer uma revisão bibliográfica atual sobre a etiologia, apresentação clínica, diagnóstico e tratamento da PRI.

Desenvolvimento: A PRI caracteriza-se por episódios repetidos de tumefação e dor parotídea habitualmente acompanhados de febre e mal-estar. A sua etiologia é multifatorial e, até hoje, pouco esclarecida. O diagnóstico é essencialmente clínico. Apesar do carácter benigno e autolimitado, a parotidite recorrente poderá ser uma manifestação de doenças subjacentes, em especial quando os episódios se iniciam a partir dos seis anos de idade e o atingimento é bilateral. O recurso a exames complementares deve ser ponderado caso a caso. A ecografia é o exame de eleição e evidencia dilatações não obstrutivas dos canais glandulares. O tratamento é sobretudo sintomático. O prognóstico é favorável com tendência para a remissão a partir da puberdade.

Conclusão: A PRI é uma entidade benigna e autolimitada. Contudo, face a episódios frequentes, deve ser pesquisada doença subjacente, especialmente quando o início dos episódios é posterior aos seis anos e o atingimento bilateral.

Palavras-chave: Criança, parótida, parotidite recorrente.

Nascer e Crescer 2014; 23(1): 17-20

¹ Pediatria Ambulatória, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, 3000-602 Coimbra, Portugal.
inesnunesvicente@gmail.com; monicaoliva@net.sapo.pt

INTRODUÇÃO

A parotidite recorrente idiopática (PRI) consiste na inflamação recorrente e autolimitada da glândula parótida, geralmente associada ao aparecimento de dilatações (sialectasias) não obstrutivas dos canais glandulares^(1,2). Atinge preferencialmente crianças dos três aos seis anos de idade e é mais frequente no sexo masculino⁽³⁻⁵⁾.

Em Portugal, após a introdução da vacinação contra o Paramixovírus no Programa Nacional de Vacinação em 1987, a parotidite epidémica é praticamente inexistente, excetuando-se surtos pontuais. Assim, apesar de se tratar de uma condição rara^(3,4), a PRI passou a ser a causa mais frequente de tumefação parotídea^(2,6) (Quadro I).

Quadro I – Parotidite recorrente - etiologias possíveis⁽⁴⁻⁸⁾

- Parotidite recorrente idiopática
- Malformações canaliculares: congénitas e adquiridas
- Infeções bacterianas com origem na cavidade oral
- Infeções víricas: EBV, CMV e Herpes simplex
- Hipossialia
- Imunodeficiência: défice de Imunoglobulina A e infeção por VIH
- Autoimunidade: síndrome de Sjögren, lúpus eritematoso sistémico, doença mista do tecido conjuntivo, sarcoidose
- Litíase (rara na criança)
- Trauma: mordedura do orifício de abertura do canal de Stensen, pneumoparotidite
- Genética
- Alérgica

Abreviaturas: EBV - vírus Epstein-Barr; CMV - citomegalovírus; VIH - vírus da Imunodeficiência Humana.

O presente trabalho tem como objetivo fazer uma revisão bibliográfica atual sobre a etiologia, apresentação clínica, diagnóstico e tratamento da PRI.

ETIOLOGIA E HISTOLOGIA

A etiologia da PRI é multifatorial e, até hoje, pouco esclarecida⁽⁵⁻⁹⁾. No entanto, as hipóteses que reúnem maior consenso defendem a diminuição do fluxo salivar devido à combinação de malformações canaliculares e infeções ascendentes a partir da cavidade oral^(8,9). A inflamação glandular resultante conduz à formação de sialectasias, metaplasia ductal, aumento da secreção mucosa e, conseqüentemente, diminuição do fluxo salivar, predispondo à inflamação recorrente⁽⁸⁾. Desta forma, as sialectasias parecem ser causa e resultado da inflamação recorrente da glândula^(5,8). Num estudo por sialoendoscopia verificou-se existir pobreza vascular primária a nível canalicular, a qual poderá interferir com o funcionamento do esfíncter papilar e favorecer a obstrução e inflamação glandular⁽²⁾.

Histologicamente, podem encontrar-se sialectasias dos ductos periféricos e infiltração linfocitária periductal⁽²⁾.

CLÍNICA

A clínica da PRI consiste em episódios súbitos e autolimitados de tumefação e dor parotídea, que se podem acompanhar por sintomatologia sistémica ligeira como febre e mal-estar^(5,7-9). Habitualmente, o atingimento é unilateral, podendo, no entanto, ser bilateral, com um dos lados mais proeminentemente afetado^(2,4,8). À palpação, a parótida apresenta-se duro-elástica e de limites bem definidos. O edema condiciona frequentemente apagamento do ângulo da mandíbula e elevação do lóbulo da orelha⁽⁴⁾. Pode ocorrer descarga purulenta a partir do canal de Stensen^(3,4,9).

Os episódios têm uma duração média de dois a 14 dias^(4,9). A recorrência habitual ronda os três a quatro episódios por ano^(3,4,8), mas pode ser muito variável com descrições na literatura até 18 episódios por ano^(4,9).

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico é essencialmente clínico^(7,9). No primeiro episódio, é importante confirmar a vacinação prévia contra a parotidite epidémica. A repetição dos episódios, autolimitados, sugere o diagnóstico. O diagnóstico diferencial faz-se com outras causas de tumefação parotídea, cujas principais características clínicas se apresentam no Quadro II.

Quadro II – Características clínicas de outras causas de tumefação parotídea^(7,16)

Diagnóstico	Clínica
Parotidite epidémica (vírus da Papeira)	- febrícula, estado geral preservado, atingimento parotídeo uni/bilateral, sem sinais inflamatórios cutâneos, saliva escassa de características normais - maior incidência na primavera
Parotidite bacteriana (<i>S. aureus</i>)	- febre elevada, mau estado geral, atingimento parotídeo unilateral, sinais inflamatórios cutâneos, descarga salivar purulenta - recém-nascidos e doentes imunodeprimidos
Infeção por VIH	- atingimento parotídeo bilateral persistente, sem sinais inflamatórios, sem febre - outras manifestações: má progressão estado-ponderal, diarreia crónica, infeções recorrentes
Linfoma parotídeo	- atingimento parotídeo unilateral, persistente, consistência dura, indolor - outras manifestações: síndrome febril, adenopatias, organomegalias, perda de peso
Doença autoimune (síndrome de Sjögren, LES, Doença mista do tecido conjuntivo, sarcoidose)	- início a partir dos seis anos - episódios de atingimento bilateral, recidivantes - outras manifestações: xerostomia, queratoconjuntivite, xeroftalmia, artralgias/artrite, exantema, adenopatias, anorexia, perda de peso

Abreviaturas: VIH - vírus da imunodeficiência Humana; LES - lúpus eritematoso sistémico.

EXAMES COMPLEMENTARES

A ecografia é o exame complementar de eleição, tanto para corroborar o diagnóstico como para seguimento^(5,8). Na fase aguda, pode ser útil para excluir complicações (obstrução por cálculos, abscesso), malformações e/ou no diagnóstico diferencial com outras patologias (celulite da face, adenopatia pré-auricular ou cervical, neoplasia)^(10,11). Na PRI, a ecografia revela, tipicamente, um parênquima heterogêneo com múltiplas pequenas áreas nodulares hipoeogénicas, que correspondem a áreas de inflamação glandular e sialectasia^(2,8). A identificação de lesões sólidas obriga ao seu esclarecimento por tomografia axial computadorizada ou ressonância magnética nuclear (RMN)^(5,7,12).

A sialografia, pouco cómoda porque exige a injeção de um produto de contraste no canal parotídeo, é hoje considerada um exame de segunda linha. É sobretudo utilizada quando a ecografia revela a presença de cálculos, a fim de excluir obstrução⁽⁴⁾. A imagem típica consiste na presença de sialectasias que correspondem a dilatações acinares e/ou canaliculares e que surgem como imagens saculares preenchidas por produto de contraste^(4,5,7). A sialografia pode, contudo, assumir uma função terapêutica verificando-se por vezes diminuição das recorrências ou mesmo resolução da doença após a sua execução^(4,7,8).

Mais recentemente, a sialoendoscopia e a ressonância magnética nuclear, apesar de pouco disponíveis, têm-se destacado em alguns trabalhos^(2,6,12). A sialoendoscopia assume-se como uma nova modalidade de diagnóstico e tratamento. Sob visualização direta, permite dilatar e irrigar as estruturas canaliculares com solução salina e injetar medicamentos^(2,6). A RMN oferece um estudo mais detalhado tanto do parênquima como do sistema canalicular e é capaz de diferenciar processos de inflamação aguda e crónica⁽¹²⁾. É um meio de diagnóstico não invasivo e que utiliza radiação não ionizante, contudo acarreta custos elevados e requer sedação nas crianças mais pequenas^(6,12).

A realização de exames analíticos deve ser criteriosa e individualizada. Deverá ser ponderada, fora da fase aguda, quando as crises se iniciam a partir dos seis anos, em especial se bilaterais⁽¹³⁻¹⁵⁾, quando existe clínica sugestiva de doença crónica subjacente (síndrome de Sjögren, lúpus eritematoso sistémico, infeção por vírus da Imunodeficiência Adquirida-VIH) ou perante episódios muito frequentes e graves⁽⁴⁾. O estudo analítico poderá incluir hemograma, velocidade de sedimentação, doseamento de imunoglobulinas, estudo de autoimunidade (ANA e ENA) e serologia para VIH^(4,7,8).

TRATAMENTO

Dada a incerteza etiológica, não existe nenhum método preventivo ou tratamento específico, pelo que o tratamento da PRI assenta em medidas conservadoras^(2,4,5,7). Preconiza-se o recurso a fármacos anti-inflamatórios e analgésicos, a aplicação de calor e massagem local e o reforço da hidratação^(2,5,14). A utilização de agentes que aumentem o fluxo salivar (ex: pastilhas elásticas) também poderá ter alguma utilidade^(2,5,7).

A utilização de antibióticos também é contemplada, sobretudo quando as medidas acima referidas não são suficientes ou quando o atingimento sistémico é significativo. Na prática, o seu

uso parece associar-se a episódios mais curtos e menos graves⁽⁴⁾, no entanto questiona-se o seu real efeito no curso natural da doença^(3,5). Tendo em conta os agentes bacterianos mais provavelmente envolvidos (*S. pneumoniae*, *H. influenzae* e *Streptococcus viridans*⁽¹⁶⁾), a associação amoxicilina + ácido clavulânico será a mais adequada.

A terapêutica cirúrgica, raramente utilizada, está reservada para as situações mais graves e que persistem na vida adulta^(3,5).

As crianças com episódios muito frequentes deverão ser encaminhadas para uma consulta de referência⁽⁴⁾.

PROGNÓSTICO

O prognóstico é favorável, sendo habitual a remissão a partir da puberdade, podendo no entanto persistir até à vida adulta em 10-20% dos casos^(3,5). Desconhece-se a razão desta evolução, existindo autores que defendem a hipótese da atrofia glandular, e outros a teoria regenerativa^(2,8,17).

CONCLUSÕES

A PRI é uma entidade benigna e autolimitada cujo diagnóstico é essencialmente clínico. Contudo, a parotidite recorrente poderá ser uma manifestação de doenças subjacentes, em especial quando os episódios se iniciam a partir dos seis anos de idade e o atingimento é bilateral.

AGRADECIMENTOS

Dr. Manuel Salgado, responsável pela consulta de Reumatologia do Serviço de Pediatria Ambulatória do Hospital Pediátrico - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Geterud A, Lindvall AM, Nysten O. Follow-up study of recurrent parotitis in children. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1988; 97:341-6.
2. Nahlieli O, Shacham R, Shlesinger M, Eliav E. Juvenil recurrent parotitis: a new method of diagnosis and treatment. *Pediatrics* 2004; 114:9-12.
3. Cohen HA, Gross S, Nussinovitch M, Frydman M, Varsano I. Recurrent parotitis. *Arch Dis Child* 1992; 67:1036-7.
4. Henriques R, Salgado M, Moura L. Parotidite recorrente. Casuística da consulta externa de Medicina. *Saúde infantil* 2000; 22:17-24.
5. Chitre VV, Premchandra DJ. Recurrent parotitis. *Arch Dis Child* 1997; 77:359-63.
6. Capaccio P, Sigismund PE, Luca N, Marchisio P, Pignataro L. Modern management of juvenile recurrent parotitis. *J Laryngol Otol* 2012; 126:1254-60.
7. Gordillo EO. Parotidite aguda e recorrente. *Pediatr Integral* 2006; X:141-6.
8. Gonçalves S, Oliveira T, Dias CP, Marques L. Parotidite recorrente na criança. *Nascer e Crescer* 2000; 9:14-7.
9. Ceballos LT, Camacho GR, Angelín BP, Moreno JAR, Badaracco M. Parotidite recorrente. *An Pediatr* 2004; 60:85-6.

10. Bricks LF, Rollo JPGA, Sugimoto SC. Parotidite recorrente da infância. *Rev Paul Pediatr* 2007; 25:190-2.
11. Oliveira MJ, Guedes M, Costa FM, Almeida R. Parotidite neonatal a *Streptococcus* do grupo B. *Nascer e Crescer* 2007; 16:233-34.
12. Gadodia A, Seith A, Sharma R, Thakar A. MRI and MR sialography of juvenile recurrent parotitis. *Pediatr Radiol* 2010; 40:1405-10.
13. Baszis K, Toib D, Cooper M, French A, White A. Recurrent parotiditis as a presentation of primary pediatric Sjögren syndrome. *Pediatrics* 2012; 129:e179-82.
14. Hara T, Nagata M, Mizuno Y, Ura Y, Matsuo M, Ueda K. Recurrent parotid swelling in children: clinical features useful for differential diagnosis of Sjögren's syndrome. *Acta Paediatr* 1992; 81:547-9.
15. Oliveira WD, Assis LAP, Becker HMG, Guimarães RES, Oliveira JB, Neto ALR. Síndrome de Sjogren primária em crianças: relato de caso. *Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço* 2005; 34:49-52.
16. Landaeta MM, Giglio MM, MS, Ulloa MTF, Martínez MJG, Pinto MEC. Aspectos clínicos, etiologia microbiana y manejo terapêutico de la parotiditis crónica recorrente infantil (PCRI). *Rev Chil Pediatr* 2003; 74:269-76.
17. Galili D, Yitzhak M. Spontaneous regeneration of parotid salivary gland following juvenile recurrent parotitis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1985; 60:605-7.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Inês Nunes Vicente
Rua António Jardim
Lote 4, nº246 - 2ºF
3000-036 Coimbra, Portugal
e-mail: inesnunesvicente@gmail.com

Recebido a 14.10.2013 | Aceite a 30.01.2014