

347/1265 - MÁS ALLÁ DE UNA PATOLOGÍA INFLAMATORIA INESPECÍFICA

P. Jiménez Abarca^a, S. Gallardo Navas^b y J. Cuevas Gálvez^c

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torrequebrada. Benalmádena. Málaga. ^bMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mollina. Málaga. ^cMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mollina. Málaga.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 71 años sin alergias medicamentosas conocidas y AP de HTA, enfermedad renal crónica grado 3A y parotiditis bilaterales de repetición. Acude a urgencias por nueva tumefacción parotídea derecha muy dolorosa desde hace 4 días, acompañado de fiebre de hasta 38,5 °C. No otros síntomas añadidos.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración se palpa gran tumefacción parotídea derecha con signos de flogosis y salida de contenido purulento al masajear la glándula, a través del conducto de Stenon derecho. Resto de exploración anodina. Pruebas complementarias: Analítica de sangre con leucocitosis y elevación de RFA. Se realizó TC con contraste iv de cuello, evidenciando lesiones sugerentes de microabscesos de parótida bilaterales, con mayor afectación de parótida derecha. Se solicitó cultivo de exudado parotídeo, que resultó positivo para *H. influenzae* sensible a amoxicilina-clavulánico.

Orientación diagnóstica: Absceso parotídeo derecho en paciente con parotiditis aguda de repetición, por lo que se decide ampliar estudio con serologías, estudio hormonal y autoinmunidad. Se reciben anticuerpos ANA a título 1/1280 con AntiSSa/SSb positivos, siendo el diagnóstico compatible con síndrome de Sjögren Primario con sobreinfección por *H. influenzae*.

Diagnóstico diferencial: Infección vírica/bacteria, sarcoidosis, síndrome de Sjögren, síndrome de Mikulicz, síndrome de Parinaud, uremia, diabetes mellitus, ingestión de almidón de lavandería, desnutrición, cirrosis y el tratamiento con algunos fármacos. La parotiditis unilateral puede ser resultado de la obstrucción ductal, quistes y tumores.

Comentario final: El diagnóstico de sospecha de parotiditis aguda supurativa se lleva a cabo por la clínica y exploración física (visualizando salida de material purulento a través de conducto de Stenon con masaje parotídeo). Uno de los factores favorecedores de su formación es la disminución de flujo salivar o xerostomía. El tratamiento se realiza con antibioterapia de amplio espectro, antiinflamatorios, higiene bucal e hidratación. Sin embargo, si se abscesifica, requerirá incisión y drenaje externo. Por otro lado, en cuadros recidivantes es importante investigar patología sistémica que predisponga su aparición.

Bibliografía

1. Chen S, Paul BC, Myssiorek D. An algorithm approach to diagnosing bilateral parotid enlargement. Otolaryngol Head Neck Surg. 2013;148:732.

Palabras clave: Parotiditis aguda recurrente. Síndrome de Sjögren. Diagnóstico diferencial.