

Infección por el virus de la parotiditis en adultos

Sr. Editor: La parotiditis, producida por un virus ARN perteneciente a la familia de los paramixovirus, es una de las infecciones virales de declaración obligatoria más frecuentes¹. El único reservorio es el ser humano y la transmisión es aérea por lo que los brotes ocurren sobre todo en colectivos cerrados²⁻⁴. Aunque la infección es asintomática en un tercio de los casos, la manifestación clínica más frecuente es la inflamación de la parótida o de otras glándulas salivares¹⁻⁴. Otras manifestaciones son la orquitis, la afectación del SNC y la pancreatitis¹⁻⁴. Desde la introducción de la vacunación universal en España entre 1982 y 1985, la incidencia de parotiditis ha disminuido progresivamente: en 1983 se declararon 222.908 casos y en 1993 sólo 6.218⁵. Sin embargo ha habido diversos brotes tanto en Europa^{2,3,6,7} como en España^{1,4,6} que se han atribuido a una baja eficacia vacunal o a la acumulación de personas susceptibles.

Entre enero y abril de 2002 ingresaron en el servicio de medicina interna 12 pacientes, con una edad media de 21 años (18-27 años), con un cuadro clínico de infección por el virus de la parotiditis. Sus características se exponen en la tabla 1.

Al igual que en esta serie, un dato característico de la parotiditis en la etapa posvacunal es que la edad de los afectados es mayor^{1,3,7}. Esto se debe a la introducción progresiva de la vacuna, de modo que hay un porcentaje importante de adultos jóvenes mayoritariamente varones que ni están vacunados ni han estado en contacto con el virus de forma natural y son susceptibles de padecer la enfermedad si entran en contacto con un caso de parotiditis^{1-3,7}. En esta serie se desconocía el estado vacunal en el 33% de los pacientes, pero el que sean jóvenes nacidos antes de la implantación de la vacuna unido al alto porcentaje de serologías IgM positivas nos hace pensar que la causa más probable sea que no estaban vacunados. Esta agregación de casos se produjo en relación con una onda epidémica de parotiditis más amplia ocurrida en Galicia en 2002: en ese año se declararon 1.080 casos de infección por el virus de la parotiditis, mientras que en 2001 fueron 153 casos y en 2003 fueron 140 casos⁸. Cuando la infección afecta a los adultos hay un mayor porcentaje de orquitis y meningitis, mientras que en los niños predomina la afectación de las glándulas salivares¹⁻⁴. Aunque lo habitual es la parotiditis, también pueden

TABLA 1. Características de 12 adultos con infección por el virus de la parotiditis

	Número de pacientes (%)
Sexo, varón	9/12 (75)
Contacto con otros casos de parotiditis	5/12 (42)
Vacunación previa frente al virus de la parotiditis	
Sí	2/12 (17)
No	6/12 (50)
Desconocida	4/12 (33)
Manifestaciones	
Cefalea	12/12 (100)
Fiebre	12/12 (100)
Tumefacción parotídea	11/12 (92)
Submaxilitis	1/12 (8)
Orquitis	4/9 (44)
Signos de irritación meníngea	8/12 (66)
Datos de laboratorio del LCR	
Pleocitosis (< 500 cél./µl)	11/12 (93)
Linfocitos (> 90%)	11/11 (100)
Proteínas > 0,4 g/l	9/12 (75)
Hipogluorraquia*	3/12 (25)
Serología frente al virus de la parotiditis**	
IgM positiva/IgG positiva	10/12 (83)
IgM negativa/IgG positiva***	2/12 (17)

*Menor del 50% de la glucemia o de 0,40 g/l.

**Determinación de IgM e IgG por ELISA (Enzygnost IgG e IgM, Dade Behring) durante la fase aguda de la enfermedad.

***Ambos estaban vacunados.

afectarse otras glándulas salivares, como en uno de estos pacientes, que presentó aisladamente dolor y tumefacción en la región submandibular derecha en relación con submaxilitis. La orquitis puede llegar a afectar al 50% de los varones¹, suele ser unilateral y no complicarse con esterilidad^{2,3}. El 1-23% puede desarrollar meningitis, pero la presencia de pleocitosis linfocitaria sin datos de meningitis puede alcanzar el 50%^{2,3}. El alto porcentaje de meningitis en esta serie podría estar en relación con el hecho de limitarse a enfermos que requirieron hospitalización. Un dato típico, a diferencia de otras meningitis víricas, es la hipogluorraquia, que ocurre en el 10-30% de los casos³. La encefalitis es muy rara, pero suele tener mala evolución y es la causa más frecuente de mortalidad^{2,3}. El diagnóstico es fundamentalmente clínico y debe sospecharse ante un paciente con tumefacción parotídea y fiebre que puede acompañarse de meningitis y/o orquitis. El diagnóstico serológico viene dado por la demostración de anticuerpos IgM o aumento cuatro veces del título de IgG entre la fase aguda y la de convalecencia. Al igual que en 2 casos de este grupo, con frecuencia las personas vacunadas que desarrollan la enfermedad son IgM negativos^{4,9,10} y en estas situaciones la determinación del título de IgG puede ser un buen método diagnóstico¹⁰.

Con esta comunicación queremos llamar la atención sobre una enfermedad que aunque suele tener una evolución benigna, cuando afecta a adultos suele ser motivo de baja laboral y/o

hospitalización con las consiguientes repercusiones económicas y personales. A pesar de la elevada cobertura vacunal que hay en la mayoría de los países desarrollados, la acumulación de personas susceptibles (nacidas antes de la implantación de la vacuna y la población inmigrante no vacunada) nos debe mantener en alerta ante nuevos brotes de parotiditis en adultos.

Montserrat Rodríguez-Framil,
Joaquín Campos-Franco,
Rosario Alende-Sixto
y Arturo González-Quintela
Servicio de Medicina Interna.
Hospital Clínico Universitario de
Santiago de Compostela. España.

Bibliografía

- Rodríguez-Vidigal F, Redondo L, Aguilar FJ, Vera A, Muñoz-Sanz A. Meningitis linfocitaria por el virus de la parotiditis: análisis epidemiológico, clínico, serológico y evolutivo de 28 casos. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 1999; 17:176-9.
- Galazka AM, Robertson SE, Kraigher A. Mumps and mumps vaccine: a global review. *Bull World Health Organ*. 1999;77:3-14.
- Gupta RK, Best J, MacMahon E. Mumps and the UK epidemic 2005. *BMJ*. 2005;330: 1132-5.
- López Hernández B, Martín Vélez RM, Román García C, Peñalver Sánchez, López Rosique JA. Brote epidémico de parotiditis. Estudio de la efectividad vacunal. *Aten Primaria*. 2000;25:148-52.
- Pachón I, Tormo A. Situación de la parotiditis en España durante 1996. *Bol Epidemiol Semanal*. 1997;5(2):13-6.

6. Echevarría JM, De Ory F, Echevarría C, Lozano A, Tenorio A. Reemergencia de la meningitis linfocitaria aguda por virus de la parotiditis en España. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 1999;17:373-4.
7. Savage E, Ramsay M, White J, Beard S, Lawson H, Hunjan R, et al. Mumps outbreak across England and Wales in 2004: observational study. *BMJ.* 2005;330:1119-20.
8. Instituto de Salud Carlos III. Centro Nacional de Epidemiología. Situación de las enfermedades de declaración obligatoria. Disponible en: <http://193.146.50.130/htdocs/ve/>
9. De la loma A, Villota J, Varela JM, Alonso M, De Ory F. Diagnóstico de laboratorio de la parotiditis en la era posvacunal. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2003;21:116-20.
10. Sanz JC, Fernández M, Sagües MJ, Ramírez R. Diagnóstico de laboratorio de la parotiditis en la era posvacunal: nuevas estrategias. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2003;21:383-5.