

# Manifestações clínicas da parotidite crônica recorrente da infância (PCRI)

Artigo Original

Artigo recebido em 10/11/2006 e aprovado em 27/01/2007

*Clinical manifestations of the children's chronicle recurrent parotiditis*

Anna Carolina de Oliveira Fonseca <sup>1</sup>, Carolina Zanforlin Calzeta <sup>1</sup>, Fabricia Dias Colombano Liñares <sup>2</sup>, Ivo Bussoloti Filho <sup>3</sup>

<sup>1</sup> Residente do Departamento de Otorrinolaringologia da Santa Casa de São Paulo

<sup>2</sup> Mestranda do Departamento de Otorrinolaringologia da Santa Casa de São Paulo

<sup>3</sup> Professor Adjunto do Departamento de Otorrinolaringologia da Santa Casa de São Paulo

Instituição: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo - São Paulo - Brasil

Correspondência: rua Dr. Cesário Mota Júnior, 112, 4º andar - CEP 01220-021 - São Paulo - Brasil

## RESUMO

A parotidite crônica recorrente na infância é uma doença inflamatória da glândula parótida, caracterizada por episódios recorrentes de tumefação e dor, acompanhada de febre. A idade de início mais comum é dos três aos seis anos de idade, com prevalência do sexo masculino e remissão espontânea na puberdade. Os sintomas são geralmente unilaterais e quando bilaterais comprometem mais um lado que outro. A tumefação regride após alguns dias a semanas ou meses. O aspecto mais importante para o diagnóstico correto da PCRI é a história clínica. Foi realizada pesquisa retrospectiva através do levantamento do número de casos de PCRI em registro de Estomatologia de um Hospital Geral de 1999 a 2006. Foram analisados dados de prontuário de 13 pacientes de 3 a 12 anos, considerando as principais características clínicas (gênero, idade de início e idade de diagnóstico, frequência de episódios durante o ano) e o quadro clínico (presença de edema, dor, febre e outros sinais e sintomas associados, duração dos sintomas, presença de tumefação unilateral ou bilateral). A partir da análise destas características, realizou-se comparação com a literatura.

## ABSTRACT

The chronic parotitis in the childhood (CPC) is an inflammatory disease of the parotid gland, characterized by recurrent episodes of edema and pain, accompanied by fever. The beginning age is from three to six years old, with prevalence of the masculine gender and spontaneous remission in the puberty. The most important aspect for the correct diagnosis of CPC is the clinical history. A survey of the cases of CPC has been made using the Estomatology Registry of a General Hospital from 1999 to 2006. The following data from 13 patients' files were analyzed: clinic characteristics (gender, age of beginning and age of diagnostic, number of episodes during a year) and clinical findings (presence of pain, fever, other associated symptoms and its duration, presence of uni or bilateral edema). Considering those characteristics, a comparison with literature has been made. Based on our survey, we may conclude that the beginning age of CPC is 6 years old, there are no preference related to gender, the diagnosis is made 1 to 5 years after the beginning of the symptoms, there are from 1 to 8 episodes in a year, the parotid edema occurs in a 100% of the studied patients, 71% have pain, 50% have fever, 42,8% have other symptoms, usually the symptoms last 8 days, 61,5% of the patients had unilateral edema and 38,4% had bilateral edema.

**Descritores:** parotidite, crônica, crianças, sintomas

ACTA ORL/Técnicas em Otorrinolaringologia - Vol. 25 (1: 47-50, 2007)

**Keywords:** parotiditis, chronic, children, symptoms

## INTRODUÇÃO

A PCRI caracteriza-se por doença inflamatória benigna, geralmente associada a sialectasia não obstrutiva da glândula parótida, evidenciada por episódios recorrentes de tumefação e dor parotídeos acompanhados de febre e mal estar.(1) A tumefação regride espontaneamente após alguns dias a semanas ou meses, independente de qualquer tratamento.(2) A enfermidade inicia-se em crianças entre 3 a 6 anos e a remissão habitualmente ocorre na puberdade. Uma variedade de fatores etiológicos foram propostos para a PCRI incluindo infecção viral, desordens auto-ímmunes, alergia, infecção ascendente, defeitos estruturais congênitos, redução da secreção salivar e trauma na mucosa bucal. Entretanto, a teoria mais aceita, mas não demonstrada, é a de que a causa seja multifatorial, sendo a sialectasia tanto causa como consequência das parotidites recorrentes.(3) Um dos aspectos mais importantes para o diagnóstico correto da PCRI é a história clínica. Desta forma, mostra-se oportuna a análise e a caracterização das manifestações clínicas desta doença, sendo este o objetivo principal deste estudo.

De acordo com a revisão bibliográfica realizada em nosso estudo, a PCRI é uma enfermidade de baixa prevalência, porém depois da parotidite viral é a mais comum afecção da glândula parótida em crianças.(4) Clinicamente, a doença caracteriza-se por aumento gradual ou súbito na região parotídea, sendo mais freqüente o acometimento unilateral, geralmente acompanhado de febre e dor a qual possui um aspecto variável e diminui ao esclerosar a glândula com a freqüência das recidivas. A dor piora durante as refeições pela pressão da saliva secretada em resposta ao estímulo mastigatório. As exacerbações são variáveis, sendo o padrão mais freqüente a cada três ou quatro meses ao ano. Os surtos são mais elevadas no primeiro ano escolar e tendem a diminuir gradativamente até a puberdade.(5) Em geral, o início da tumefação é abrupto. O aumento glandular é suave ou moderadamente endurecido, sensível à palpação, com um edema não inflamatório sob a pele.(6) O maior sinal patognomônico é a visualização da papila de Stenon que no exame clínico intra-oral apresenta-se amplamente aberta com placas de exsudatos, hiperemiada e edemaciada. A intensidade e duração das crises e os períodos de acalmia variam de um doente para outro e entre crises, podendo persistir por dias, semanas ou meses. Entre os ataques, os pacientes apresentam-se assintomáticos. Quanto menor a idade do primeiro episódio, maior a probabilidade de recorrências e menor o intervalo entre elas. Quanto maior o intervalo entre os ataques, menor a probabilidade de recorrências

A doença é mais comum no sexo masculino. O diagnóstico diferencial deve ser feito com parotidite epidêmica e bacteriana, litíase do ducto de Stenon, tumores das glândulas parótidas, síndrome de Sjögren, síndrome de Mikulicz, síndrome da imunodeficiência adquirida humana, doença da arranhadura do gato, doença de inclusão citomegálica, coxsackie A e ECHO virose, abscesso dento alveolar agudo, neoplasia, cistos, fibrose cística, infiltração gordurosa, fibrose cística, diabetes mellitus, desnutrição,

pneumoparotidite, linfoma. (7)

## MATERIAL E MÉTODO

Foi realizada pesquisa retrospectiva através do levantamento do número de casos de PCRI em registro de Estomatologia de um Hospital Geral de 1999 a 2006. Foram analisados dados de prontuário de 13 pacientes de 3 a 12 anos, considerando as principais características clínicas ( gênero, idade de início e idade de diagnóstico, freqüência de episódios durante o ano ) e o quadro clínico (presença de edema, dor, febre e outros sinais e sintomas associados, duração dos sintomas, presença de tumefação unilateral ou bilateral). Foram excluídos os pacientes com outras doenças de glândulas salivares.

A partir da análise destas características, realizou-se comparação com a literatura.

## RESULTADOS

### Características clínicas

Em nossa amostra, 50% dos pacientes eram do sexo feminino e 50%, do sexo masculino. A idade de início variou de 1 a 12 anos de idade, sendo a idade média encontrada de 6 anos. O diagnóstico ocorreu entre 1 a 5 anos após a idade de início dos sintomas. A freqüência de episódios durante o ano foi de 1 a 8 episódios ao ano, sendo a média de 4 episódios ao ano.

### Quadro Clínico

A presença de edema foi relatada por 100% dos pacientes de nossa amostra. Dos pacientes estudados 71% relatou dor. A febre estava presente em 50% dos pacientes e outros sintomas como calor/rubor estiveram presentes em 42,8% dos pacientes.

A duração dos sintomas variou de 3 dias a 2 semanas, durando em média 8 dias.

Edema unilateral foi encontrada em 61,5% dos pacientes e em 38,4%, bilateral. (Vide tabelas 1 e 2.)

TABELA 1. Características Clínicas

	Gênero	Idade início	Idade Diagnóstico	Freqüência/ano
01	feminino	5	5	
02	masculino	10	11	
03	masculino	4	4	3
04	masculino	3	3	1
05	masculino	2	7	
06	feminino	6	6	6
07	feminino	9	9	6
08	masculino	1	3	
09	feminino	12	12	8
10	feminino	6	6	2
11	feminino	4	5	6
12	feminino	9	9	4
13	masculino	7	7	4



variáveis e o padrão mais freqüente ocorre a cada 3 ou 4 meses ao ano. (2)

A intensidade e duração das crises, bem como os períodos de acalmia variam de um doente para o outro e entre crises podendo persistir por dias a semanas (10) como observado em nosso estudo entre os que referiam esses dados.

Geralmente, os sintomas desaparecem completamente na vida adulta (15) com resolução dos episódios antes da puberdade em 80% a 90% dos casos (6). Na pesquisa realizada, houve dificuldade na análise da remissão da PCRI, pois a maioria dos pacientes não retornou para seguimento ambulatorial.

Em nosso estudo observamos que não ocorreu predominância entre os gêneros, o que não condiz com a maioria dos achados na literatura (5) onde ocorreu uma predominância do gênero masculino em relação ao feminino.

Em relação às sorologias para Citomegalovírus, vírus da imunodeficiência adquirida humana, vírus Epstein-Barr,

TABELA 2. Quadro Clínico

	Gênero	Edema	Dor	Febre	Calor/ Rubor	Nº de Episódios	Duração das crises	Lado
01	feminino	Sim	Sim	Sim		2		Direito
02	masculino	Sim	Sim		Sim	5	7 dias	Direito
03	masculino	Sim				3		
04	masculino	Sim	Sim	Sim	Sim	2	14 dias	
05	masculino	Sim	Sim	Sim	Sim	5	5 dias	Esquerdo
06	feminino	Sim	Sim	Sim		1	10 dias	Direito
07	feminino	Sim	Sim	Sim		5	14 dias	Esquerdo
08	masculino	Sim	Sim		Sim	1	7 dias	Esquerdo
09	feminino	Sim	Sim	Sim		8		Bilateral
10	feminino	Sim				4	3 dias	Bilateral
11	feminino	Sim	Sim		Sim	6		Bilateral
12	feminino	Sim				2	5 dias	Esquerdo
13	masculino	Sim	Sim	Sim		4	Bilateral	

## DISCUSSÃO

Após a parotidite aguda viral, a PCRI é a doença inflamatória das glândulas salivares mais comum na infância.(8)

Em nossa casuística, observamos que o edema na glândula parótida, dor e febre fazem parte do quadro clínico característico, e que a presença de outros sintomas associados geralmente não fazem parte da rotina da PCRI, pois se encontram ausentes em 42,8% dos casos estudados, e quando comparados com dados da literatura observamos que os resultados são similares.(9) O edema pode ser unilateral e /ou bilateral, sendo mais freqüente o acometimento unilateral de acordo com a literatura. (7)

No presente estudo, observou-se que a idade de início dos sintomas foi variável, compreendendo crianças entre 1 a 12 anos de idade. Segundo a literatura, a doença se inicia entre 3 a 6 de idade(9), embora possa ocorrer em idades mais avançadas ou mais precoces. (10)

Em relação a freqüência dos episódios durante o ano, encontramos uma ocorrência variável, desde 1 a 8 episódios. Segundo dados da literatura as exacerbações também são

toxoplasmose, vírus Influenza A e Coxsackie, estudados em nossa casuística observamos que na maioria dos casos clínicos não foi realizada tal pesquisa, entretanto, os resultados foram negativos nos trabalhos que investigaram esses dados, excetuando a sorologia para o vírus Epstein-Barr que foi encontrado resultado positivo em 2 estudos (3) (11).

A maioria das crianças com PCRI não possui nenhum déficit imune demonstrável, mas as crianças com deficiência de imunoglobulinas assim como deficiência variável podem apresentar PCRI, portanto seria recomendável dosar imunoglobulinas séricas de crianças com esta doença(12).

Alguns autores propuseram 2 possíveis mecanismos para esta resolução espontânea dos sintomas: atrofia total da glândula e ausência de sintomas ou regeneração a partir de células ductais sobreviventes.(13) A maioria dos autores reconhece a regeneração glandular como mecanismo preponderante.(5)

Na casuística de Miziara e cols (2005), observou-se manutenção da arquitetura glandular na USG após o término do período das crises o que sugere a hipótese de regeneração do tecido glandular(47).

Nahieli e cols (2004) relataram que provavelmente as razões do comportamento autolimitado das glândulas afetadas estejam associadas com atrofia das mesmas, pois observaram este achado em alguns pacientes adultos com história de PCRI na infância. (7)

Em relação aos exames radiológicos, a maioria de nossos pacientes não realizou e entre os que realizaram não houve padronização na obtenção dos resultados pela falta de uniformidade na solicitação desses exames.

A falta de um protocolo adequado com os dados clínicos, laboratoriais e histológicos de PCRI prejudica o desenvolvimento do estudo desta entidade, desta forma, mostra-se necessário o estabelecimento de um padrão clínico e diagnóstico para que se possa esclarecer com dados consistentes esta enfermidade. As manifestações clínicas da PCRI são bem definidas e são fundamentais no diagnóstico, no entanto, mostra-se necessária padronização na anamnese dos pacientes com PCRI, assim como na solicitação de exames laboratoriais e de imagem. Desta maneira, seria possível acompanhamento uniforme dos pacientes com esta enfermidade e identificação de prováveis fatores etiológicos

com maior precisão. A escassez de estudos sobre a PCRI também possui um papel relevante pois esta doença é pouco estudada na medicina atualmente. Sendo assim, seria interessante a realização de estudos prospectivos do tipo clínico e epidemiológico para um maior conhecimento desta entidade e difusão desta doença no meio médico, principalmente entre os otorrinolaringologistas e pediatras, pois erros diagnósticos no seu manejo ocorrem com frequência.

## CONCLUSÃO

A PCRI é uma afecção de causa não definida, de provável origem multifatorial, conforme demonstram dados da literatura. Baseado no presente estudo, pode-se concluir que as características clínicas da PCRI são extremamente importantes no diagnóstico desta doença. São elas: idade de início tem média de 6 anos, não havendo predomínio de gênero, o diagnóstico ocorre entre 1 a 5 anos após o início dos sintomas, a frequência de episódios ao ano varia de 1 a 8, o edema da glândula parótida ocorre em 100% dos pacientes, 71% deles tem dor, 50%, tem febre, e 42,8% tem outros sintomas associados como calor e rubor local, os sintomas duram em média 8 dias e a tumefação unilateral foi encontrada em 61,5% dos casos e a bilateral, em 38,4% dos casos estudados.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gonzalo Nazar, Iniguez F, Der C, Méndez C, García C, Arce J, Díaz V, Talesnik E. Parotiditis aguda recorrente en el niño. Rev. Chil. Pediatr 2001; 72 (5):12-5.
2. Geterud A, Lindvall AM, Nysten O. Follow-up study of recurrent parotitis in children. Ann Otol Rhinol Laryngol 1988; 97(4):341-6.
3. Akaboshi I, Katsuki T, Jamamoto J, Matsud I. Unique pattern of Epstein – Barr virus specific antibodies in recurrent parotitis. Lancet 1983; 2:1049-51.
4. Concheiro Guisán C, Castañón B, Romero G. Parotiditis crônica recorrente juvenil. An Esp Pediatr 2000; 53(5):418-21.
5. Miziara ID, Campelo VES. Parotidite recorrente da infância: estudo em longo prazo de cinco casos e revisão da literatura. RBORL 2005; 71(5):570-5.
6. Hall HD. Diagnosis of diseases of the salivary glands. J Oral Surgery 1969; 27:15-25.
7. Nahieli O, Shacham R, Shlesinger M, Eliav E. Juvenile recurrent parotitis: A new method of diagnosis and treatment. Pediatrics 2004; 111(1): 9-12.
8. Kaban LB, Mulliken JB, Murray JE. Sialadenitis in childhood. Am J Surg. 1987;135:570-6.
9. Mandel L, Surattanout F. Bilateral parotid swelling: a review. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2002; 93:221-37.
10. Ericson S, Zetterlund B, Öhman J. Recurrent parotitis and sialectasis in childhood. Clinical, radiologic, immunologic, bacteriologic, and histologic study. Ann Otol Rhinol Laryngol. 1991;100:527-35.
11. Park J W. Recurrent Parotitis in childhood. (Letter) Clin pediatrics 1992; 254-5.
12. Shkalim V, Monselise Y, Mosseri R, Finkelstein Y, Garty BZ. Recurrent parotitis in selective IgA deficiency. Pediatr Allergy Immunol 2004; 15: 281-3.
13. Galili D, Marmary Y. Juvenile recurrent parotitis: clinicoradiologic follow –up study and the beneficial effect of sialography. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1986; 61:5506