



CARTA AL EDITOR

Neumoparótida, a propósito de un caso



Pneumoparotid: Presentation of a case

Sr. Editor:

Las parótidas en el niño normalmente no son palpables, y el hallazgo a la exploración de unas parótidas palpables debe alertar al clínico sobre la presencia de alguna enfermedad¹. La inflamación de la glándula parótida en el ámbito de la pediatría se debe generalmente a una infección viral y autolimitada de la misma, sin embargo no se deben perder de vista los diferentes diagnósticos diferenciales (infecciosos, autoinmunes, enfermedades endocrinas, enfermedades granulomatosas, efectos adversos a fármacos, trauma, obstrucción ductal y otras) cuando nos encontramos frente a un aumento uni o bilateral del tamaño de la glándula parótida²⁻⁴.

Se expone el caso de un niño de 7 años, que consulta por aumento súbito del volumen de la mejilla y región preauricular izquierda. Refiere como único antecedente que se encontraba en una fiesta infantil inflando globos junto a otros niños. A su ingreso en urgencias no se evidencia dicho aumento, pero tras pedirle que trate de soplar nuevamente contra resistencia, se aprecia la reproducción del aumento de los tejidos blandos en el área descrita y a la palpación se evidencia crepitación sugestiva de enfisema subcutáneo. El paciente no refiere dolor acompañante. Tras un periodo de observación de pocos minutos, se reduce nuevamente el volumen. Ante la clínica se realiza una ecografía donde no se objetivan alteraciones. Con diagnóstico de posible neumoparótida se le da de alta y se pauta tratamiento con antiinflamatorios presentando buena evolución.

La anatomía del conducto de Stenon, debido a su pequeño diámetro, pequeña papila parotídea, disposición oblicua y *flap* de mucosa, impide el flujo retrógrado de aire hacia la parótida. La neumoparótida se produce por el aumento de la presión intraoral que facilita el paso secundario de aire retrógrado a través del conducto de Stenon y sus ramas intraparotídeas⁵.

El diagnóstico se establece mediante una historia clínica compatible en la que se identifican alguno de los factores de riesgo típicamente asociados (tabla 1). A la exploración se puede apreciar aumento uni o bilateral del volumen del área correspondiente, con o sin dolor, crepitación por enfisema

Tabla 1 Factores asociados a la aparición neumoparótida

- Inflar globos
- Sonarse de forma agresiva
- Sopladores de vidrio
- Instrumentos de aire (p. ej., trompeta)
- Descompresión rápida al bucear
- Algunos trastornos de la conducta
- Procedimientos dentales con insuflación de aire comprimido
- Presión positiva durante la extubación postanestesia
- Supresión voluntaria y frecuente de la tos

subcutáneo en hasta un 50% de los pacientes y salida de espuma por el conducto de Stenon al presionar la glándula. La hinchazón puede resolver en minutos u horas, o inclusive, en días. En casos severos la extensión del aire a tejidos extraparotídeos puede producir enfisema subcutáneo de la cara, cuello, mediastino, y hasta neumotórax^{6,7}.

La ecografía que debe realizarse para descartar otras etiologías puede mostrar aire en el conducto de Stenon y sus ramas intraparotídeas. Otras técnicas diagnósticas más sensibles como la tomografía computarizada y la sialografía por resonancia magnética⁸, pueden realizarse para completar el estudio aunque no son indispensables para su diagnóstico.

Dada la benignidad del proceso no requiere un tratamiento específico, si bien algunos autores recomiendan el uso de antibióticos, y técnicas que estimulen la secreción parotídea (sialogogos, compresas húmedas, masaje) en los casos recurrentes⁹. Pueden administrarse antiinflamatorios y ha de evitarse el factor desencadenante. Solo en casos recurrentes o asociados a otras entidades (infección o neumomediastino) puede ser necesaria la intervención quirúrgica (resecciones glandulares, reubicación o ligadura del conducto de Stenon o parotidectomía parcial con ligadura de conductos)¹⁰. Está descrita su asociación a pacientes adolescentes con problemas comportamentales o psicológicos⁹.

Es por lo poco habitual de este cuadro que merece la pena describirlo brevemente, pues en nuestra labor frecuentemente nos encontramos con entidades poco prevalentes, y como es sabido: solo se diagnostica lo que se conoce.

Bibliografía

1. Zuchi DF, Silveira PC, Cardoso C de O, Almeida WM, Feldman CJ. Pneumoparotitis. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2011;77:806.
2. Luaces R, Ferreras J, Patiño B, García-Rozado A, Vázquez I, López-Cedrún JL. Pneumoparotid: A case report and review of the literature. *J Oral Maxillofac Surg.* 2008;66:362-5.
3. Karla Moëne B, Jaime Cordero T, Cecilia Poli H. Neumoparotiditis o neumoparótida en el niño: un diagnóstico diferencial a considerar. *Rev Chil Infect.* 2009;26:555-9.
4. Potet J, Arnaud FX, Valbousquet L, Ukkola-Pons E, Donat-Weber G, Thome A, et al. Pneumoparotid, a rare diagnosis to consider when faced with unexplained parotid swelling. *Diagn Interv Imaging.* 2013;94:95-7.
5. Huang PC, Schuster D, Misko G. Pneumoparotid: A case report and review of its pathogenesis, diagnosis and management. *Ear Nose Throat J.* 2000;79:316-7.
6. Ghanem M, Brown J, McGurk M. Pneumoparotiditis: A diagnostic challenge. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2012;41:774-6.
7. Mukunda D, Jenkins O. A tuba player with air in the parotid gland. *N Eng J Med.* 2009;360:370.
8. Prabhu S, Tran B. Pneumoparotitis. *Pediatr Radiol.* 2008;38:1144.
9. McCormick ME, Bawa G, Shah RK. Idiopathic recurrent pneumoparotiditis. *Am J Otolaryngol.* 2013;34:180-2.
10. Richards AT, Digges N, Norton NS, Quinn TH, Say P, Galer C, et al. Surgical anatomy of the parotid duct with emphasis on the major tributaries forming the duct and the relationship of the nerve to the duct. *Clin Anat.* 2004;17:463-7.

A.F. Almarío Hernández, V. Trenchs Sainz de la Maza,
A. Sangorrin Iranzo y C. Luaces Cubells*

*Servicio de Urgencias, Hospital Sant Joan de Déu,
Esplugues de Llobregat, Barcelona, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cluaces@hsjdbcn.org
(C. Luaces Cubells).