

CAPITULO VII

PARÓTIDAS

DEFINICIÓN. — Se designa con el nombre de parótidas, fiebre parotídea, parotiditis idiopática ó epidémica, una enfermedad general, infecciosa, contagiosa, caracterizada por la tumefacción de ciertas glándulas, en particular las salivales, y secundariamente el testículo, las glándulas mamarias, etc.

ETIOLOGÍA. — 1.º **Causas predisponentes.** — Las parótidas se observan muy pocas veces en los sujetos menores de dos años; su frecuencia aumenta después de esta edad y alcanza su *máximum* durante el período escolar, de los cinco á los quince años; presenta un nuevo recrudescimiento en la edad del servicio militar. Esta enfermedad, se observa aun en los viejos. El *sexo* no tiene influencia etiológica apreciable; las parótidas se observan en cualquiera *estación* y en todos los climas templados.

El primer ataque confiere *inmunidad*. Trousseau, Rilliet y los demás clásicos, no han observado la *recidiva*; sin embargo, Servier ha visto un segundo ataque, al cabo de cinco años, en un soldado que conservaba como reliquia del primer ataque, la atrofia de un testículo.

2.º **Causas determinantes.** — Ya no es necesario demostrar el *contagio*; sin embargo, sus condiciones son poco conocidas; parece ser preciso el *contacto* con el enfermo, pues la simple separación de las camas en un hospital, basta para impedir las epidemias interiores y el estudio de las epidemias habla en el mismo sentido.

Epidemias. — Las parótidas proceden siempre por epidemias; son raros los casos esporádicos, contra lo que creía Rochard (1757). La epidemia castiga siempre á la población joven, y en particular á un territorio limitado (una casa, una escuela, un asilo, un cuartel, un buque). Cuando los habitantes de un mismo edificio permanecen bien separados en dos grupos, sin ninguna relación posible (epidemia del Cuartel-penitenciaria de Oléron, observada por Russard), la epidemia permanece limitada á uno de ellos; hay, no obstante, epidemias de ciudad, muy extendidas y muy duraderas (epidemia de Ginebra referida por Rilliet); proceden las epidemias progresivamente sin atacar de una vez más que un pequeño número de sujetos, y sería difícil reconocer en ellas de un modo claro un período de incremento, un *máximum* y un período decreciente.

Incubación. — La duración de ésta no se ha determinado de un modo tan preciso como en las fiebres eruptivas; parece ser de veinte á veintidos días (Rilliet y Barthez) ó de ocho á quince (Biedert, Demme); la duración máxima es de veinticinco días.

ANATOMÍA PATOLÓGICA. — La hinchazón que constituye las parótidas ocupa

por lo común la región parotídea, pero se extiende con frecuencia á las glándulas submaxilares; las lesiones y la localización anatómica son poco conocidas. Algunos casos que terminaron por la muerte, eran demasiado complicados para que se pudiese deducir de su estudio una conclusión cierta; otros presentaron en la autopsia demasiadas alteraciones para que se pudiera inferir por el estado cadavérico, las lesiones que habría durante la vida.

Los exámenes anatómicos de Virchow, citados en todos los tratados clásicos, conciernen á parotiditis sintomáticas, y según este autor, se trata de un simple catarro de las glándulas parótidas. Se ha creído que el proceso estaba extendido á todos los tejidos que llenan el hueco parotídeo, glándulas, tejido conjuntivo y ganglios.

Niemyer admite sin pruebas, un exudado seroso, en el tejido periglandular. Bamberger ha observado un exudado fibrinoso en el tejido interpuesto entre los acinis.

Una observación de Jacob (1875), relativa á un sujeto que murió á consecuencia de un edema de la glotis que complicaba las parótidas, merece relatare: « las parótidas y las submaxilares estaban poco aumentadas de volumen; su tejido era de color blanco rosado, pero parecían sumergidas en una atmósfera celulosa, rellena de una serosidad verdosa, transparente, como gelatinosa, que no fluía al corte; esta infiltración serosa daba á los tejidos una consistencia particular, cuasi lardácea. El examen histológico dió los resultados siguientes (Ranvier): las glándulas salivales no presentaban huella de inflamación, como tampoco los pequeños ganglios linfáticos situados en las inmediaciones de las parótidas; en ninguna parte había vestigios de proliferación celular y el epitelium de los conductos salivales había conservado su aspecto normal. No había edema en el tejido interacinoso; la lesión se limitaba exclusivamente al edema peri-parotídeo y además al edema de la glotis » (1).

No es admisible que las glándulas mismas no sean atacadas en algún grado; la multiplicidad de las localizaciones glandulares (salivales, lagrimales, mamarias, testiculares) sería inexplicable por una lesión exclusivamente conjuntiva; la lesión del tejido conjuntivo, aun cuando predomine en apariencia, es tan solo secundaria. Los ganglios parotídeos están tal vez congestionados, pero en vista de la integridad ordinaria de los ganglios vecinos que están unidos con aquéllos, no podemos admitir su inflamación.

No conocemos un examen anatómico del testículo en estado de orquitis durante esta enfermedad. Reclus y Malassez han observado en un testículo atrofiado, á consecuencia de la enfermedad que nos ocupa, la persistencia de los tubos seminíferos, pero muy atrofiados y delgados; su túnica interna se hallaba espesada y aquéllos transformados en cordones macizos; no había proliferación conjuntiva inter-canalicular.

NATURALEZA: BACTERIOLOGÍA. — Por su evolución, su poder contagioso, caracter epidémico y por el período de la vida en que atacan, se aproximan mucho las parótidas á las fiebres eruptivas (Pratolongo, Trousseau). Si falta el exantema, hay en cambio un enantema que, según Guéneau de Mussy, se caracteriza por una congestión con tumefacción de la mucosa bucal, que ocupa

(1) Jacob, *Rec. de Mém. de méd. milit.*, 1875, pág. 563; según Laveran (art. *Oreillons* du *Dict. encyclopédique*).

BIBLIOTECA BIBLIOTECA BIBLIOTECA BIBLIOTECA
FAC. DE MED. U. A. N. L. FAC. DE MED. U. A. N. L. FAC. DE MED. U. A. N. L. FAC. DE MED. U. A. N. L.

la cara interna de los carrillos alrededor del orificio del conducto de Stenon y la parte anterior de la bóveda palatina.

Capitan y Charrin (1881) han encontrado en la sangre de 13 enfermos bastoncillos y micrococos animados de movimientos, y han podido cultivar aquellos micro-organismos; éstos no se hallaban en la orina, y los cultivos no han sido patógenos para los animales (1). Bouchard (1883) en un caso grave en que la enfermedad atacó las glándulas salivales y lagrimales, ha comprobado en la saliva y en la orina albuminúrica gran número de bastoncillos (2). Ollivier (1885) ha encontrado diversos micro-organismos en la sangre y en la orina, y no ha practicado ninguna inoculación (3). En 1889 Bordás (4) ha podido aislar de la sangre de los enfermos atacados de parótidas, un bacilo muy semejante al de Charrin y Capitan, el cual, cultivado en la gelatina, forma pequeñas colonias redondas y grisáceas y no la licúa; este micro-organismo no resiste á la desecación.

SÍNTOMAS. — 1.º Prodomos. — Las más veces pasan inadvertidos aun cuando sean frecuentes (Canstatt), en algunas epidemias se les observa en la mitad de los casos si los niños están bien vigilados (Sanné); en el hospital no se les observa más que una vez de cada tres, próximamente (Rilliet y Barthez). En los adultos (soldados jóvenes) parece que faltan siempre los prodomos (Laveran).

En los niños ha observado Sanné, por orden de frecuencia: la fiebre, con ó sin escalofrío inicial, la cefalalgia, el malestar y el quebrantamiento, los vértigos, la epistaxis, los vómitos, la diarrea; las convulsiones son mucho más raras. La duración de este período varía de doce á treinta y seis horas.

2.º Período de tumefacción. — Signos locales. — El dolor es el primer síntoma: es sordo, gravativo, ocupa la región parotídea, ó mejor dicho, al principio, las inmediaciones de la entrada del conducto auditivo. Se irradia á la oreja, aumenta de intensidad durante los dos ó tres primeros días, pero disminuye, por lo común, cuando el tumor se ha desarrollado por completo. Es espontáneo y continuo, rara vez lancinante, lo que le distingue del dolor de la parotiditis supurada. Puede provocarse y exasperarse por la presión, por la masticación (que es imposible las más veces en el adulto) y hasta por la palabra; impide la separación de las mandíbulas más todavía de lo que la dificulta la tumefacción, hasta el punto de hacer imposible el examen de la boca y de impedir casi, que el enfermo pueda sacar la lengua de las arcadas dentarias.

El dolor ofrece todos los grados de intensidad; menos intenso en el niño, se limita á veces á una simple sensación de tensión, pudiendo llegar á faltar: por el contrario, en el adulto es á veces tan fuerte que perturba el sueño. Rilliet y Barthez, han indicado tres puntos dolorosos máximos que no siempre se encuentran unidos, pero que ofrecen, no obstante, cierta constancia: 1.º, en la articulación témpero-maxilar; 2.º, detrás de la mandíbula, bajo la apófisis mastoidea; 3.º, en la glándula submaxilar. Solo Canstatt, ha indicado los

(1) Capitan et Charrin, *Bull. de la Soc. de biol.*, 28 Mayo y 4 Junio 1881.

(2) Karth, *Sur une forme grave d'oreillons*; Th. inaug., Paris, 1883.

(3) A. Ollivier, *De la contagiosité et du contagé des oreillons*; *Rev. des mal. de l'enfance*, Julio 1885, pág. 297.

(4) Bordas, *Bull. de la Soc. de biol.*, 1889, pág. 645.

dolores en la región del cuello y de los homóplatos, que explica por las relaciones íntimas de la parótida con el segundo par cervical (Rilliet y Barthez).

La tumefacción parotídea y periparotídea, es el síntoma característico. A su nivel la piel conserva, por lo común, su color normal, está tensa y reluciente, á veces toma un tinte rosáceo difuso, que desaparece á la presión para reaparecer en seguida; con menos frecuencia la rubicundez puede simular la erisipela (Laveran). La región hinchada ofrece al tacto una sensación de resistencia elástica, á veces blanda y pastosa, mal limitada, no conserva la huella del dedo, salvo en algunos casos en que la tumefacción es considerable. Pueden admitirse, con Rilliet y Barthez, tres grados en la tumefacción parotídea.

Primer grado; forma leve. — El tumor está limitado al surco retro-maxilar; es una simple hinchazón que rellena el hueco parotídeo sin formar eminencia y que apenas deforma los rasgos.

Segundo grado; forma mediana. — Es la más común; la tumefacción se aproxima por la forma y la tensión á una verdadera fluxión, pero por lo regular está limitada á las regiones supra y sub-maxilar. El pabellón del oído está levantado y algo rechazado hacia afuera.

Tercer grado. — La tumefacción es mucho más considerable en la parótida, que forma una masa redondeada y saliente, traspasa los límites de la región parotídea y de la submaxilar, y llega á los lados del cuello y la parte superior del pecho; el cuello adquiere entonces un volumen considerable, que á simple vista es difícil distinguir del infarto ganglionar de las anginas infecciosas, tóxicas (diftérica ó escarlatinosa); el ensanchamiento de la parte inferior de la cara, imprime á la cabeza un aspecto piriforme. A veces la tumefacción invade las regiones temporal y zigomática, hasta el contorno de la órbita (Leichtenstern).

Esta forma extrema no se presenta más que raras veces, y sólo en los adolescentes y en los jóvenes. Es infrecuente comprobar el infarto de los ganglios sub y retromaxilares (cinco veces de ciento diecisiete según Demme), pero la extensión de la hinchazón peri-parotídea, hace difícil á menudo, el examen preciso de los ganglios.

Es frecuente, por el contrario, ver la tumefacción limitada á las glándulas submaxilares (*parótidas submaxilares*).

La marcha de la tumefacción es muy variable; en los casos leves y medianos aumenta durante tres, cuatro ó seis días, y disminuye luego con rapidez; de ordinario no quedan huellas de la misma al séptimo ú octavo día. Rilliet y Barthez la han visto persistir, en algunos casos muy intensos, hasta dos ó tres semanas; á veces, luego de haber desaparecido por completo el tumor parotídeo, queda una induración con ligera hinchazón á nivel de la glándula submaxilar (Barthet y Sanné). La hinchazón es las más veces *bilateral*; con alguna exageración decía Trousseau, que lo era siempre. Pero cualquiera que sea la frecuencia de la doble localización, es muy raro que lo sea de *súbito*: siempre es un lado atacado antes que el opuesto, sea el izquierdo (Rilliet y Barthez, Heyfelder, Canstatt) sea el derecho; la tumefacción de un lado precede á la del otro en uno, dos y aun ocho días; de aquí resulta que el primer lado puede haber vuelto al estado normal, cuando el otro se halla en plena

tumefacción. La hinchazón no tiene, por lo común, el mismo desarrollo en los dos lados.

Estado de la mucosa buco-faríngea y de los conductos de excreción.—Las más veces, aparte de una ligera saburra lingual, el examen de la boca y garganta no revela nada anormal, ni en el color, ni en el estado de humedad, ni en la naturaleza de las secreciones (Rilliet y Barthez, Laveran). Con todo, cuando la fiebre es intensa, la mucosa se halla algo desecada: cuando el sujeto es escrofuloso (niños) ó alcohólico ó cuando abusa del tabaco (marinos, según Laveran), la garganta está roja é hinchada; por último, á veces acompaña á la fiebre parotídea un estado gástrico, que, según es sabido, produce siempre en el niño cierto grado de congestión, cuando no de inflamación, del istmo de las fauces. Creemos que de este modo es como se pueden explicar las alteraciones que se han observado en algunas epidemias; mas deben considerarse como excepcionales, los síntomas referidos por algunos autores y que, en resumen, son los siguientes:

Rubicundez eritematosa de la garganta (Bouchut), de la cara interna de los carrillos alrededor del conducto de Sténon, y de la parte anterior de la bóveda palatina (Gueneau de Mussy);

Estomatitis con descamación epitelial de la lengua (Jobard). En un caso publicado por Karth, hemos comprobado la presencia de un exudado epitelial, fácil de desprender raspándole, en la faringe, las encías y los carrillos; durante la convalecencia la mucosa perdió su epitelio y el contacto de los alimentos era doloroso;

Extremada sequedad de la boca (Trousseau);

Angina faríngea y tonsilar intensa, acompañando, ó más á menudo precediendo á las parótidas, constituyendo á veces el principal y el más doloroso síntoma y terminando en una descamación epitelial á pequeños colgajos (epidemia observada en la guarnición de Dax, por Jourdan). En algunos casos, estas anginas parotídeas irían seguidas, al cabo de algunos meses, de atrofia de las amígdalas;

Hinchazón en forma mamelonada del orificio del conducto de Sténon con endurecimiento del conducto, hiperemia de los orificios de Warthon y de Rivinus (Moursou, Granier).

SÍNTOMAS GENERALES.—*a)* Las parótidas de localización simplemente salival y exentas de toda complicación, como es lo común en los niños y lo más frecuente en los adultos, no pueden ocasionar *ninguna reacción general*.

El niño no se queja más que de una pequeña dificultad en la masticación, el apetito apenas está disminuido, el niño continúa paseando y jugando.

b) Más á menudo hay un ligero estado saburroso, el vómito aparece á veces el primer día en los niños, la epistaxis es muy frecuente. El enfermo experimenta un quebrantamiento general y una fiebre mediana; la temperatura asciende á 38°,5 ó á 39°, durante uno ó dos días, luego desciende con rapidez; adopta el tipo remitente con exacerbaciones vespertinas (Barthez y Sanné).

Algunas epidemias se caracterizan por fenómenos nerviosos graves; delirio, convulsiones, alucinaciones, movimientos coreicos (Glénereau).

c) En algunos casos revisten los síntomas la intensidad y la gravedad de una fiebre tofoidea (*forma tifoidea*, Debize, Laveran), fiebre intensa (40° y

acn más), agitación, delirio, adinamia, deposiciones involuntarias; hay, á menudo, tumefacción del bazo; la hemos visto considerable en el caso publicado por Karth, pero estos síntomas no se observan de ordinario sino en los casos de localización testicular.

MARCA Y FORMAS.—Cualquiera que sea la forma, la terminación ordinaria es la curación. La muerte resulta de las complicaciones que enumeraremos más adelante: accidentes meningíticos, convulsiones, asfixia mecánica por compresión ó edema de la glotis, uremia, síncope, bronco-neumonía.

1.º Forma simple de localización salival pura.—Es la que hemos descrito. Cura sin accidentes, cualquiera que haya sido la intensidad de la tumefacción y de la fiebre. En el niño cura de los cuatro á ocho días por completo, sin dejar huella alguna; dura más tiempo (diez á doce días, tres semanas), cuando los dos lados han sido acometidos sucesivamente con algunos días de intervalo.

Se han observado en el momento de la curación algunos fenómenos críticos, como la transpiración abundante, que comienza á nivel de la parótida, generalizándose después; las orinas sedimentosas, la diarrea, los vómitos biliosos (Canstatt), la epistaxis. A pesar de la resolución, los adultos conservan con frecuencia, durante algunas semanas, una sensación de fatiga y cierto grado de anemia.

2.º Forma con localización testicular.—Orquitis parotídea.—Esta forma afecta localizaciones glandulares múltiples.

Frecuencia.—Después de las parótidas, el testículo es el más frecuentemente atacado. Esta complicación, muy rara en el niño (Rilliet no la había observado en los menores de catorce años, Sanné ha visto dos casos en niños de doce años y Fabre de Commentry (1) uno á los nueve años), lo que se explica por el escaso desarrollo y la poca actividad funcional del órgano, esta complicación es mucho más frecuente en el ejército (un caso entre tres, según Laveran).

Epoca de aparición.—La orquitis se manifiesta, en general, del sexto al octavo día del principio del tumor parotídeo; mas puede aparecer en todos los periodos de este tumor, ora en el período de crecimiento, ora cuando ha desaparecido completamente (este último modo se había explicado por la teoría de la metástasis); por último, la orquitis puede preceder á la parotiditis de uno á tres días (Crevoisier de Hurbache, Lynch, Bérard, Rizet, etc.), y aun *constituir toda la enfermedad (orquitis parotídea, sin parotiditis)* (2).

Cuando ambos testículos son atacados sucesivamente, la segunda orquitis puede ser muy tardía; Maubrac (3) la observó al décimosexto día de la enfermedad.

Síntomas.—La aparición de la orquitis va precedida con frecuencia de un retorno de la fiebre, por lo común sin escalofrío. A menudo adquieren los síntomas generales una gravedad extraordinaria, inexplicable y muy alarmante si no se ha echado de ver la parotiditis; los casos referidos por Trousseau, Laveran y Lemarchand, son típicos; *a)*, á veces predominan los accidentes de

(1) Fabre, Note sur trois épidémies d'oreillons observées à Commentry; *Gaz. méd. de Paris*, 1887, 42-46.

(2) Kovacs, Zwei Fälle von Orchitis parotidea ohne Parotitis; *Wien. klin. Woch.*, 1890, 21.

(3) Maubrac, *Gaz. méd. de Paris*, 1890, núm. 3, pág. 31.

BIBLIOTECA BIBLIOTECA BIBLIOTECA BIBLIOTECA BIBLIOTECA
FAC. DE MED. U. A. N. L. FAC. DE MED. U. A. N. L. FAC. DE MED. U. A. N. L. FAC. DE MED. U. A. N. L. FAC. DE MED. U. A. N. L.