

## Fistula Salival: presentación atípica en parotiditis bacteriana, a propósito de un caso

### Salival Fistula, atypical presentation of bacterial parotiditis, by the purpose of a case

Guillen, Naireth; Vizcaino, Marianela; Estraño, Luisana; Palacios, Nelsimar



 Naireth Guillen

dra.nairethguillen@gmail.com

Hospital Universitario de Caracas, Venezuela

 Marianela Vizcaino

nelavizr@gmail.com

Hospital Universitario de Caracas, Venezuela

 Luisana Estraño

Hospital Universitario de Caracas, Venezuela

 Nelsimar Palacios

Hospital Universitario de Caracas, Venezuela

#### Revista Digital de Postgrado

Universidad Central de Venezuela, Venezuela

ISSN-e: 2244-761X

Periodicidad: Semestral

vol. 11, núm. 3, e348, 2022

revistadpmeducv@gmail.com

Recepción: 02 Agosto 2022

Aprobación: 26 Octubre 2022

URL: <http://portal.amelica.org/ameli/journal/101/1013606007/>

DOI: <https://doi.org/10.37910/RDP.2022.11.3.e348>

©Los autores, 2022



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional.

**Cómo citar:** : Guillen N, Vizcaino M, Estraño L, Palacios N. Fistula salival: presentación atípica en parotiditis bacteriana, a propósito de un caso. Rev. Digit Postgrado.2022;11(3):e348.doi:10.37910/RDP.2022.11.3.e348

**Resumen: Introducción:** La fistula salival es la comunicación de la glándula salival o el conducto parotídeo hacia la piel, debido a una lesión traumática del parénquima o del conducto de excreción; no suele ser una complicación frecuente en parotiditis aguda. El objetivo de este trabajo es destacar la presentación atípica de un caso de parotiditis bacteriana asociado a fistula salival hacia el conducto auditivo externo y cavidad oral, y a parálisis facial periférica. **Caso clínico:** Paciente masculino de 15 años de edad, quien consulta por otalgia y otorrea derecha asociado a aumento de volumen en región parotídea ipsilateral de 5 días de evolución. Al examen físico se evidencia, cara asimétrica con desviación de comisura labial hacia la izquierda y cierre palpebral completo sin esfuerzo, con aumento de volumen de parótida derecha con signos de flogosis, otorrea purulenta derecha. solución de continuidad en tercio medio de piso de conducto auditivo externo. Ecosonograma de piel y partes blandas, reveló cambios inflamatorios en glándula parótida con colección de 112 cc., Los hallazgos tomográficos de oído medio y mastoides corroboraron hallazgos del ecosonograma. se realizó drenaje quirúrgico del absceso y se trató con Clindamicina 600 mg vía endovenosa cada 6 horas y Penicilina Cristalina 200 mg/kg/ peso cada 6 horas y su evolución fue satisfactoria. **Conclusión:** Los abscesos parotídeos pueden presentarse de manera atípica o en raras ocasiones con drenaje a través del conducto auditivo externo.

**Palabras clave:** Parotiditis abscedada, Otorrea, Parálisis facial.

**Abstract: Introduction:** Salivary fistula is the communication of the salivary glands or the parotid duct to the skin, due to a traumatic injury to the parenchyma or the excretion duct; It is not usually a frequent complication in acute parotitis. The objective of this work is to highlight the atypical presentation of a case of bacterial parotitis associated with salivary fistula towards the external auditory canal and oral cavity, and peripheral facial paralysis. **Clinical case:** A 15-year-old male patient, who consulted due to otalgia and right otorrhea associated with an increase in volume in the ipsilateral parotid region of 5 days of evolution. On physical examination, an asymmetrical face with deviation of the lip corner to the left and complete palpebral closure without effort, with increased volume of the right parotid gland with signs of phlogosis, right purulent otorrhea

and continuity solution in the middle third of the external auditory canal are evident. Ultrasound of the skin and soft tissues revealed inflammatory changes in the parotid glands with a collection of 112 cc. The tomographic findings of the middle ear and mastoids corroborated the findings of the echosonogram; Surgical drainage of the abscess was performed and he was treated with clindamycin 600 mg intravenously every 6 hours and crystalline penicillin 200 mg/kg/weight every 6 hours, and his evolution was satisfactory. **Conclusion:** Parotid abscesses can present atypically or rarely with drainage through the external auditory canal.

**Keywords:** Abscessed parotitis, Otorrhea, Facial paralysis..

## INTRODUCCIÓN

La parotiditis bacteriana es la inflamación de la glándula parótida <sup>(1)</sup>, asociada a la infección bacteriana de ganglios intra o periparotídeos o afectación parenquimatosa <sup>(2)</sup>. En edades pediátricas, el agente etiológico bacteriano más común es el *Staphylococcus aureus*. <sup>(3)</sup>

Los factores predisponentes para desarrollar parotiditis bacteriana son: desnutrición, deshidratación, inmunosupresión, infecciones dentales, bacteriemia transitoria y medicamentos que disminuyen el flujo salival como antihistamínicos, diuréticos y anticolinérgicos. <sup>(6)</sup>

La infección bacteriana puede generar cambios supurativos importantes y de esta forma contribuir a la formación de abscesos <sup>(4)</sup>. La colección purulenta puede perforar la cápsula de la glándula e invadir planos faciales profundos y en casos raros, puede drenar hacia el conducto auditivo externo, como otorrea u otosialorrea. La parotiditis bacteriana por lo general es unilateral y se acompaña de fiebre elevada y leucocitosis marcada <sup>(3)</sup>.

Las fistulas salivales se definen como la comunicación entre la glándula salival o su conducto, hacia la piel., generalmente son secundarias a trauma o cirugías y en algunos casos a defectos congénitos. En procesos infecciosos no son frecuentes, sin embargo, se pueden presentar en casos atípicos hacia mejillas o a conducto auditivo externo. Se han descrito fistulas congénitas espontáneas asociadas a un defecto de la pared anterior y el piso del conducto auditivo externo llamado foramen de Huschke y a la fisura de Santorini. Debido a la cercanía con la celda parotídea algunos procesos supurativos de esta pueden penetrar hacia el conducto auditivo externo <sup>(4)</sup>.

De la misma manera, la parálisis facial puede ser causada por neoplasias malignas o por afecciones benignas de la glándula parótida, como el tumor de Warthin, sarcoidosis o quistes parotídeos; su etiología como consecuencia de un absceso parotídeo es extremadamente rara; en estos casos el mecanismo de acción está asociado a perineuritis, isquemia, neuropatía por compresión nerviosa y virulencia o toxicidad del microorganismo causal <sup>(7)</sup>.

El objetivo del presente caso es destacar la presentación atípica de un proceso bacteriano agudo supurativo de la glándula parótida en paciente pediátrico a propósito de un caso.

## CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 15 años de edad, sin antecedentes patológicos conocidos, quien acude por presentar otalgia derecha de fuerte intensidad que atenúa parcialmente con AINES, y otorrea derecha no fétida asociado a aumento de volumen en región parotídea ipsilateral de 5 días de evolución.

Al examen físico se evidencia, cara asimétrica a expensas de desviación de comisura labial hacia la izquierda, cierre palpebral completo sin esfuerzo y aumento de volumen de parótida derecha con signos de flogosis que se extiende a de 8x8cm de superficie lisa, no móvil.

En oídos se evidencian pabellones auriculares normoinsertos. En oído izquierdo se observa conducto auditivo externo permeable, membrana timpánica lisa, brillante, translúcida e indemne, cadena osicular indemne sin alteraciones. Oído derecho: conducto auditivo externo con otorrea abundante, fluida, que se aspiró de forma instrumental, evidenciándose solución de continuidad en tercio medio de piso de conducto auditivo externo, membrana timpánica congestiva, engrosada e indemne.

En boca y orofaringe se observó labios simétricos a expensas de desviación de comisura labial hacia la izquierda, trismo del 50%, sin evidencia de salida de secreción a través de orificio de conducto parotídeo derecho. Se evidenció solución de continuidad en mucosa yugal a nivel de segundo molar inferior derecho, sin salida de secreción. Resto sin cambios.

Laringoscopia indirecta con nasofibrolaringoscopia sin evidencia de lesiones.

En cuello, observó asimetría a expensas de aumento de volumen de niveles ganglionares IIA y IIB derecho de 5x5 cm de superficie lisa, no móvil, indurado con signos de flogosis. (Ver figura 1,2,3)



**Figura 1.** aumento de volumen parotídeo y laterocervical derecho al ingreso.

**Figura 2.** Desviación de comisura labial hacia la izquierda y post operatorio inmediato de drenaje de absceso laterocervical derecho.

**Figura 3.** Desviación de comisura labial hacia la izquierda y Post operatorio tardío de drenaje de absceso laterocervical derecho.

Exámenes reportaron: Hb: 12.2 gr/dl, leucocitos 21.000 cels/mm., con 82% de neutrofilos y 11% de linfocitos, plaquetas 220.000 cels/mm<sup>3</sup>. Ecosonograma de piel y partes blandas: cambios inflamatorios en glándula parótida con colección de 112 cc, y edema de partes blandas adyacentes. Los hallazgos tomográficos de oído medio y mastoides corroboran hallazgos del ecosonograma, con cambios sugestivos de absceso parotideo derecho, sin alteraciones a nivel de estructuras de oído derecho y mastoides. (Ver figura A,B,C,D)



El cultivo de otorrea reportó: *Pseudomona aeruginosa* sensible a Cefepime, Amikacina, Ceftazidima, Ciporfloxacina, Imipenem, Piperacilina / tazobactam y Aztreonam.

Posterior a 48 horas de hospitalización, se evidenció granuloma en conducto auditivo externo derecho que impedía visualización del resto de estructuras, realizó exéresis del mismo.

Previo al reporte de cultivo inició antibioticoterapia empírica con Clindamicina 600 mg vía endovenosa cada 6 horas y Penicilina Cristalina 200 mg/kg/ peso cada 6 horas. Seguidamente, se realizó drenaje quirúrgico de absceso laterocervical derecho, obteniéndose 10 cc de líquido purulento espeso, se tomó muestra para cultivo, sin reporte de crecimiento bacteriano.

## DISCUSIÓN

La infección de las glándulas salivales es el producto de la invasión de los microorganismos por vía ascendente desde la mucosa oral a través del conducto parotídeo, generando exudado hacia el parénquima y produciendo daño del tejido glandular. El agente causal más frecuentemente asociado a esta infección es *Staphylococcus aureus*, tanto en adultos como en niños, también se pueden mencionar *Hemophilus*, *Pseudomonas*, *Mycobacterium tuberculosis* y bacterias anaerobias. En el caso presentado se cultivó *Pseudomonas aeruginosa*. Cabe destacar que en ocasiones es difícil el aislamiento de algunos microorganismos característicos debido a la administración previa de antibióticos<sup>(3)</sup>.

La presentación clínica de esta entidad se caracteriza por aparición repentina de aumento de volumen en región parotídea que se extiende hasta el ángulo de la mandíbula, con signos de flogosis (rubor, calor y dolor) y borramiento del mismo. Al examen físico de la cavidad oral se puede evidenciar la desembocadura del conducto parotídeo roja, congestiva o con salida de secreción purulenta<sup>(4,5)</sup>. En el caso mencionado se observaron manifestaciones clínicas típicas como aumento de volumen en la región parotídea unilateral con extensión al ángulo de la mandíbula, calor local, eritema localizado y dolor de fuerte intensidad, asociado a fiebre elevada y leucocitosis en correlación con lo descrito en la literatura consultada.

Dentro de las complicaciones de la parotiditis bacteriana, se pueden mencionar las fistulas parotídeas, en el paciente descrito se evidenciaron dos fistulas, una en el conducto auditivo externo derecho y otra en mucosa yugal a nivel del 2do molar de arcada dentaria inferior derecha. De igual forma se observó parálisis facial periférica, que, según la literatura, normalmente se asocian a neoplasias malignas o afecciones benignas de la glándula parótida, siendo muy infrecuente su aparición como consecuencia de un absceso parotídeo<sup>(4,7)</sup>. El paciente se recuperó completamente de la parálisis facial después de 15 días de tratamiento médico con antibiótico y drenaje quirúrgico.

Los métodos diagnósticos de elección son el ultrasonido de piel y partes blandas y la tomografía axial computarizada, está contraindicado el uso de la sialografía en pacientes con parotiditis agudas<sup>(1)</sup>.

El tratamiento de elección para la parotiditis bacteriana depende del agente causal, la mayoría de los pacientes responden a la terapia con antibióticos, pero en algunos casos se debe realizar un drenaje quirúrgico. Las primeras líneas de tratamiento antibiótico deben ser antiestafilocócicos (penicilina, nafcilina, oxacilina, cefazolina)<sup>(8)</sup>. Se debe considerar la cobertura de *Staphylococcus aureus* meticilino resistente (MRSA) si el paciente tiene antecedentes de abscesos cutáneos recurrentes de MRSA, con Vancomicina, Linezolid o Daptomicina<sup>(8)</sup>. En nuestro paciente se usó Penicilina Cristalina asociado a Clindamicina y drenaje quirúrgico de absceso con mejoría satisfactoria.

Es importante destacar que en algunos casos la otorrea se puede acompañar de un aumento de volumen mínimo en la glándula parótida<sup>(3)</sup>, ocasionando un retraso en el diagnóstico, razón por la que se deben conocer las manifestaciones atípicas de la parotiditis bacteriana durante el examen físico para llegar a un diagnóstico certero y de esta manera brindarle al paciente un tratamiento efectivo.

## CONCLUSIÓN

Los casos de parotiditis supurativa aguda o abscesos parotídeos en edad pediátrica son infrecuentes. La secreción purulenta puede perforar la cápsula de la glándula e invadir planos profundos, pero en casos raros puede drenar hacia el conducto auditivo externo, considerándose una presentación atípica al igual que la parálisis del nervio facial ipsilateral<sup>(7)</sup>.

## REFERENCIAS

1. Plaza G, Aparicio J. [Publicación periódica en línea] 2016. [citada: 2021 octubre 8] Patología de las glándulas salivales. 11, 73-77. Disponible en: [http://www.amorl.es/images/pdf/ponencia\\_patologia\\_glandulas\\_salivales.pdf](http://www.amorl.es/images/pdf/ponencia_patologia_glandulas_salivales.pdf)
2. Mora O, Corona J, Torres R. [Publicación periódica en línea] 2012. [citada: 2021 octubre 8] Lesión postraumática del conducto parotídeo. Reporte de un caso y revisión de la literatura, 8(3). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cirugiabucal/cb-2012/cb123g.pdf>
3. Onal, M. [Publicación periódica en línea] 2015. [citada: 2021 octubre 10] An Unusual Presentation of Parotid Abscess: Otorrhea. *MOJ Surgery*, 2(3). Disponible en: <https://doi.org/10.15406/mojs.2015.02.00023>
4. Fusconi M, Benfari G, Franco M, [Publicación periódica en línea] 2009. [citada: 2021 septiembre 20]. Foramen of Huschke: Case Report and Experimental Procedure for Diagnosis of Spontaneous Salivary Fistula, 67. Disponible en: <https://dentistrykey.com/library/foramen-of-huschke-case-report-and-experimental-procedure-for-diagnosis-of-spontaneous-salivary-fistula>
5. Srivanitchapoom, C, Yata, K. [Publicación periódica en línea] 2021. [citada: 2021 septiembre 20]. Clinical characteristics that predict parotid abscess: An observational cohort study. *Annals of Medicine and Surgery*, 64. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2021.102230>.

6. Shaw J, Long S, Pickering L . Principles and practice of pediatric infectious diseases, 2012.4a ed. Saunders; 2012. [citada: 2021 octubre 20]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/book/9781437727029/principles-and-practice-of-pediatric-infectious-diseases>.
7. Mehtab A, Syed A, Shahab F. [Publicación periódica en línea] 2016. [citada: 2021 septiembre 20]. Facial Palsy due to Parotid Abscess: An Unusual Complication. Turk Arch Otorhinolaryngol , 54. Disponible en: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5782957/pdf/tao-54-Staphylococcus\\_aureus\\_4-168.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5782957/pdf/tao-54-Staphylococcus_aureus_4-168.pdf)
8. Brook I. [Publicación periódica en línea] 2016. [citada: 2021 septiembre 20] Acute Bacterial Suppurative Parotitis: Microbiology and Management. The journal of craniofacial surgery 14(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12544218>