

Parotiditis tuberculosa: una presentación poco frecuente de una enfermedad reemergente

Tuberculous parotitis: an uncommon presentation of a reemerging disease

Parotidite tuberculosa: uma apresentação rara de uma doença reemergente

Mariana Pérez¹, Patricia Barrios², Álvaro Galiana³, Gustavo Giachetto⁴

Resumen

Introducción: en Uruguay en los últimos años se ha observado un aumento de la incidencia de la enfermedad en niños. El diagnóstico de TB infantil representa un desafío, la infección suele cursar con manifestaciones clínicas inespecíficas y muchas veces en forma asintomática.

Objetivo: describir el caso clínico de un niño con parotiditis tuberculosa.

Caso clínico: 5 años, varón, sano, hacinamiento, dos adultos convivientes con TB pulmonar en tratamiento. Vacunas vigentes. Consulta por tumoración de cuello derecha de tres días de evolución, adelgazamiento, subfebril. Diagnóstico al ingreso, adenoflemón de probable etiología bacteriana. Tratamiento con antibióticos, mala evolución, persiste febril y no se modifica tamaño de tumoración. Ecografía de partes blandas: glándula parotídea derecha aumentada de tamaño. Prueba tuberculínica: 14 mm. Velocidad de eritrosedimentación: 75 mm/h. Con planteo de TB

parotídea se realiza punción de la glándula, obteniéndose material purulento. Se confirma bacteriológicamente la infección por métodos moleculares y cultivo. Se inicia tratamiento para TB. Recibe nueve meses de tratamiento con resolución completa y sin complicaciones.

Conclusiones: las formas de presentación extrapulmonares son más frecuentes en niños que en adultos, su diagnóstico no es sencillo. Es fundamental recordar que el diagnóstico de un caso de TB en un niño representa un evento sanitario centinela de la transmisión reciente a partir de adulto bacilífero que habitualmente convive y debe ser diagnosticado y tratado adecuadamente.

Palabras clave: Parotiditis
Tuberculosis
Niño

1. Pediatra. Depto. Pediatría. Facultad de Medicina. UDELAR. CHPR. ASSE.
2. Prof. Agda. Pediatría. Depto. Pediatría. Facultad de Medicina. UDELAR. CHPR. ASSE.
3. Encargado. Sector Infecto-contagiosos. Facultad de Medicina. UDELAR. CHPR. ASSE.
4. Prof. Pediatría. Depto. Pediatría. Facultad de Medicina. UDELAR. CHPR. ASSE.
Departamento Pediatría. Facultad de Medicina. UDELAR. CHPR. ASSE.
Trabajo inédito.
Declaramos no tener conflicto de intereses.
Este trabajo ha sido aprobado unánimemente por el Comité Editorial.
Fecha recibido: 27 enero 2019
Fecha aprobado: 20 agosto 2020
doi: 10.31134/AP.91.5.5

Summary

Introduction: according to the World Health Organization (WHO), Childhood tuberculosis (TB) occurs in children under 15 years of age. An increase in the incidence of this disease was detected in children in recent years. The diagnosis of childhood TB is a challenge because of its non-specific clinical manifestations.

Objective: describe a case of a child with tuberculous parotitis.

Case report: 5-year-old healthy male living with 2 adults with pulmonary TB under treatment. Vaccination according to his age. Consultation regarding a neck tumor of 3 days of evolution, patient showed weight loss and no history of fever. Diagnosis at admission was cervical adenitis probably with bacterial etiology. Antibiotic treatment, poor evolution, fever persisted and tumor size remained unchanged. Soft tissue ultrasound: enlarged right parotid gland. Tuberculin test: 14mm. Erythrocytation rate 75mm / h. With a parotid tuberculosis approach, we performed a gland puncture and obtained purulent material. The infection was bacteriologically confirmed by molecular methods and culture. Treatment for tuberculosis began. Patient received treatment for 9 months and showed complete resolution and no complications.

Conclusions: although tuberculosis is a reemerging disease and extra-pulmonary presentation forms are more frequent in children than in adults, diagnosis remains a challenge. It is essential to remember that the TB diagnosis in children usually shows a sentinel health event of recent transmission from a bacilliferous adult who usually lives with the child and must be properly diagnosed and treated.

Key words: Parotitis
Tuberculosis
Child

Resumo

Introdução: segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a tuberculose infantil (TB) ocorre em crianças menores de 15 anos de idade. Nos últimos anos houve um aumento na incidência desta doença em crianças. O diagnóstico da TB infantil é um desafio devido às suas manifestações clínicas inespecíficas.

Objetivo: descrever o caso duma criança com parotidite tuberculosa.

Relato de caso: menino de 5 anos, saudável, morava com 2 adultos com TB pulmonar em tratamento. Vacinas de acordo com sua idade. Consulta referente a tumor cervical com 3 dias de evolução, paciente apresentava emagrecimento, sem febre. O diagnóstico na admissão foi adenite cervical de etiologia provavelmente bacteriana. Tratamento antibiótico, má evolução, persistência de febre e tamanho do tumor inalterado. Ultrassom de partes moles: glândula parótida direita aumentada. Teste tuberculínico: 14mm. Taxa de eritrosedimentação 75 mm / h. Com abordagem de tuberculose parotídea, realizou-se punção da glândula e obteve-se material purulento. A infecção foi confirmada bacteriologicamente por métodos moleculares e cultura. Começou-se tratamento para a tuberculose, o paciente recebeu tratamento por 9 meses e apresentou resolução completa e sem complicações.

Conclusões: embora a tuberculose seja uma doença reemergente e as formas de apresentação extrapulmonar sejam mais frequentes em crianças do que em adultos, o diagnóstico permanece um desafio. É fundamental lembrar que o diagnóstico de um caso de TB na criança representa um evento sentinela de saúde de transmissão recente de um adulto bacilífero que mora com a criança e que deve ser devidamente diagnosticado e tratado.

Palavras chave: Parotidite
Tuberculose
Criança

Introducción

La tuberculosis (TB) es una enfermedad infectocontagiosa producida por bacterias del complejo *Mycobacterium tuberculosis*, que incluye *M. tuberculosis*, *M. bovis* y *M. africanum*. Siendo *M. tuberculosis* el principal agente de esta enfermedad^(1,2).

Del informe anual realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) se destaca que en el año 2015, 10,4 millones de personas se enfermaron de TB. En Uruguay, en ese año, se registraron 909 casos correspondiente a una tasa de incidencia de 26,2/100.000 habitantes⁽³⁻⁶⁾.

En el año 2018, la tasa de incidencia de TB en población general fue de 28,6/100.000, se confirmaron 1.002 casos, de los cuales 47 correspondieron a menores de 15 años (6,67/100.000). Los grupos de riesgo son: personas privadas de libertad, personas con VIH positivo y personas que conviven con personas con TB. Las muertes por TB en Uruguay experimentan una tendencia a la baja en los últimos cinco años: de un pico de 4 fallecidos cada 100.000 habitantes en 2012, se pasó a 2,76 en 2016⁽⁴⁻⁶⁾.

En Uruguay, la Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes (CHLA-EP), a través del Programa Nacional de Tuberculosis (PNC-TB), es responsable de todos los aspectos relacionados a la TB, desde la normativa relativa a la prevención, diagnóstico y tratamiento, la vigilancia y análisis epidemiológicos, hasta la asistencia socioeconómica a los pacientes y su núcleo familiar.

El nivel socioeconómico bajo, así como la inmunodeficiencia, son las principales características en común que presenta la población afectada a nivel mundial. En nuestro medio, en los últimos reportes de casos pediátricos se destaca que la incidencia aumenta en niños con un medio socioeconómico deficitario previamente sanos⁽⁴⁻⁶⁾.

La mayoría de las infecciones causadas por *M. tuberculosis* en niños y adolescentes son asintomáticas. La presentación clínica en niños puede ser inespecífica, por lo cual constituye un desafío diagnóstico. En los menores de 15 años sin comorbilidades, la multiplicación bacteriana es muy rápida debido a la inmadurez de su sistema inmune, con mayor riesgo de presentar progresión de la infección con formas más graves y diseminadas. Esto es más frecuente en menores de 5 años^(1,2).

A diferencia de los adultos es más común la progresión primaria por diseminación linfohematógena que la reactivación de una infección latente. Esto explica que la forma de presentación extrapulmonar sea más frecuente en niños sin otras comorbilidades⁽⁷⁾.

Existen determinados factores que resultan predictivos de enfermedad: infección reciente (dentro de los dos

últimos años); inmunodeficiencia, en especial por el VIH; medicación inmunosupresora, como corticoterapia o quimioterapia prolongada o en altas dosis; consumo de drogas intravenosas y ciertas enfermedades o cuadros clínicos, como linfoma, diabetes mellitus (DM), insuficiencia renal crónica (IRC), desnutrición. Se ha notificado enfermedad tuberculosa en adolescentes y adultos tratados con antagonistas del factor de necrosis tumoral alfa (TNF - alfa), como el infliximab y etanercept, por lo que se debe descartar la TB antes de iniciar estos tratamientos⁽¹⁾.

Si bien los pulmones son los órganos más afectados por la TB, seguido por los ganglios linfáticos, también la infección puede comprometer riñones y vías urinarias, sistema nervioso central (SNC), huesos, pericardio, entre otros^(1,2).

La parotiditis tuberculosa es una rara forma de presentación. Es infrecuente inclusive en países donde la TB es endémica⁽⁸⁾, siendo escasos los reportes en la literatura consultada.

Objetivo

Describir el caso clínico de un escolar de 5 años con una presentación extrapulmonar poco frecuente de TB con confirmación bacteriológica.

Aspectos éticos: cuenta con el consentimiento informado de la familia del niño.

Caso clínico

Cinco años, sexo masculino, procedente de Montevideo, zona urbana, sin antecedentes personales a destacar, crecimiento y desarrollo adecuados; carné esquema de vacunación vigente (BCG al nacer). Convive con ambos padres, dos abuelos, hacinamiento. Dos tíos con diagnóstico de TB pulmonar en tratamiento que niegan contacto con el paciente. El niño no recibió quimioprofilaxis. Consulta por decaimiento y tumoración de cuello de tres días de evolución, discretamente dolorosa, sin rubor, ni calor ni fiebre, ni otros síntomas acompañantes. Examen físico: adelgazado, temperatura axilar de 37,8 °C, tumoración de 4 cm en región parotídea derecha, de límites netos, por detrás de la rama ascendente del maxilar inferior y debajo del pabellón auricular derecho, móvil, sin elementos fluxivos. Adenopatías dolorosas en región carotídea homolateral, sin compromiso de pares craneanos ni de movilidad cervical. Bucofaringe: focos sépticos dentarios, no eritema, ni edema, ni supuración a través de los conductos salivales, faringe normal. Pleuropulmonar normal. Resto del examen sin elementos a destacar (figura 1). De la valoración paraclinica inicial se destaca: ecografía de partes blandas de



Figura 1. Varón de 5 años. Parotiditis tuberculosa. Se observa tumoración en logia parotídea.

cuello, conglomerado ganglionar debajo de parótida derecha con colecciones mayores de 5 mm.

Leucocitosis de $17.600/\text{mm}^3$, 60% neutrófilos, 21% linfocitos y 10% eosinófilos, resto de las series normales. Proteína C reactiva de 8,1 mg/dl.

Se plantea el diagnóstico de adenoflemón de cuello de probable etiología bacteriana y se trata con clindamicina intravenosa durante ocho días. Persiste tumoración de cuello sin cambios y febril. Se solicita búsqueda de otras etiologías, como diagnósticos diferenciales. Monoslíde no reactivo, VIH no reactivo, toxoplasmosis anticuerpos para IgG reactivo, IgM no reactivo. Velocidad de eritrosedimentación 75 mm/h, ecografía abdominal y radiografía de tórax normales.

En la evolución se reitera ecografía de partes blandas que muestra imagen compatible con parotiditis derecha. Dadas las dudas diagnósticas se realiza TC macizo facial, cuello y tórax, que muestra en la logia parotídea derecha masa hipodensa con realce periférico y múltiples septos que orienta a una parotiditis infecciosa evolucionada o supurada, se extiende a partes blandas anteriores con edema de las mismas, resto normal. Si bien la parotiditis viral es la más frecuente, por tratarse de un niño que recibió dos dosis de la vacuna SRP (sarampión, rubéola, paperas), se plantea la etiología bacteriana y surge el antecedente de tíos maternos en tratamiento con TB pulmonar, se plantea como etiología la TB. Prueba tuberculínica positiva, 14 mm flictenular. Se realiza punción de

parótida con aspiración para la búsqueda etiológica obteniéndose regular cantidad de material purulento. Del examen directo se observa: abundantes polimorfonucleares, mientras que el cultivo no mostró desarrollo bacterial. Gene Xpert MTB/RIF reactivo, resistencia a rifampicina no detectada. Baciloscopías de expectoración seriadas: negativo. Se inicia tratamiento para TB supervisado con isoniazida, rifampicina y pirazinamida, con mejora clínica alta a los 15 días del ingreso. El tratamiento seleccionado se realizó según las recomendaciones de la guía nacional para TB^(5,6). Continúa con supervisión ambulatoria en policlínica pediátrica de referencia de la CHLA, completando nueve meses de tratamiento. El paciente actualmente se encuentra asintomático, con remisión de la parotiditis y sin complicaciones secundarias al tratamiento antituberculoso.

Discusión

Luego de una primoinfección tuberculosa, en casi la totalidad de los casos en niños sin comorbilidades que comprometan el sistema inmune, la infección se cura (90%-95%), dejando únicamente una inmunidad detectada por el PPD. En estos niños permanecen algunos bacilos en estado de latencia en el interior de los macrófagos que se localizan en los ganglios linfáticos. Aproximadamente un 5% tendrán una diseminación hematogena y linfática a otros órganos de la economía, desarrollándose algún tipo de TBC extrapulmonar. Debido a la alta afinidad de *Mycobacterium tuberculosis* por los ganglios linfáticos, principalmente los cervicales, la linfadenopatía cervical es la forma extrapulmonar de TB más frecuente en estos pacientes (25%-30%)^(9,10).

La parotiditis tuberculosa es una forma rara de TB extrapulmonar. El primer caso reportado data del año 1893⁽¹¹⁾. Se plantea que la vía de llegada es por extensión directa desde la cavidad oral, más frecuentemente desde las amígdalas, a través del sistema ductal glandular o por vía hematogena⁽¹²⁾.

La clínica de esta forma poco frecuente de presentación es un aumento del tamaño glandular, con compromiso unilateral, de meses de evolución, escasamente doloroso o indoloro, sin afectación del nervio facial y con escaso o ningún elemento de repercusión general, como es el caso de nuestro paciente^(12,13).

La sospecha diagnóstica debe estar dada por la historia clínica de larga evolución, con mala respuesta al tratamiento para las causas más frecuentes de parotiditis en la edad pediátrica y la noción de contacto con un caso índice. Las causas no infecciosas de parotiditis como las litiasis y las neoplasias, directamente se descartan por los estudios de imagen realizados en la

valoración inicial. Otra patología que se puede asociar y se debe pensar es la inmunodeficiencia asociada al circuito interleucina 12 -interleucina 23 - interferón. Una forma poco frecuente de inmunodeficiencia primaria que predispone a enfermedades invasivas por micobacterias, no cumpliendo este paciente con los elementos clínicos de sospecha diagnóstica, como reacción adversa a la vacunas con BCG, consanguinidad, mala respuesta al tratamiento para micobacterias.

La ultrasonografía es el recurso inicial para valoración de la parótida y ganglios adyacentes, así como para descartar diagnósticos diferenciales. No presenta elementos característicos que permitan realizar un diagnóstico etiológico^(14,15).

Como ocurre en el caso presentado, es mediante la biopsia por punción-aspiración con aguja fina que en la mayoría de los casos se realiza el diagnóstico, requiriendo en un menor porcentaje un abordaje quirúrgico de la glándula^(11,12).

Se utilizó Gene Xpert MTB/RIF Test como una moderna herramienta para el rápido diagnóstico de TB, así como la resistencia antibiótica. Este estudio molecular está recomendado por la OMS para el diagnóstico inicial de TB pulmonar, y dentro de las formas extrapulmonares existe fuerte recomendación para TB en el SNC, siendo para las demás formas recomendado como parte del diagnóstico acompañado por otros elementos sugestivos, como es el PPD⁽¹⁶⁾.

Para el diagnóstico en este caso se utilizó la noción de contacto, acompañado de un PPD positivo, flictenular, un Gene Xpert MTB/RIF Test positivo, iniciando el tratamiento específico, obteniendo luego la confirmación a través del cultivo.

En un trabajo publicado por la Dra. Amaya, la técnica de Gene Xpert mostró un buen perfil de sensibilidad y especificidad tanto en muestras respiratorias como no respiratorias, similar al reportado en trabajos internacionales de adultos. El principal aporte en relación con la baciloscopia es la mayor sensibilidad para el diagnóstico de TB en menores de 15 años. El Gene Xpert es muy útil para el diagnóstico de TB en caso de ser positivo, aunque no permite descartar la enfermedad en los casos negativos^(17,18).

En este niño el Gene Xpert permitió confirmar el diagnóstico e iniciar el tratamiento más precozmente que el resultado del cultivo que requiere para su estudio mayor tiempo.

Como en los casos que se comunicaron en la bibliografía en esta forma paucibacilar de TB, se requirieron tres fármacos para su tratamiento con excelente respuesta⁽¹⁹⁾.

Conclusión

A pesar que la TB es una enfermedad reemergente y que las formas extrapulmonares son más frecuentes en pediatría, su diagnóstico sigue siendo un desafío.

En el caso de la parotiditis TB, la elevada frecuencia de otros agentes causales, sumada a lo poco frecuente de esta forma de presentación, determina retrasos en el diagnóstico y tratamiento.

Es fundamental recordar que el diagnóstico de un caso de TB infantil es un acontecimiento sanitario centinela que representa transmisión reciente desde un adulto enfermo bacilífero en contacto y que puede estar sin diagnóstico.

Referencias bibliográficas

1. **Pickering L, Baker C, Kimberlin D, Long S.** Red Book: enfermedades Infecciosas en Pediatría. Informe del Comité de Enfermedades Infecciosas de la American Academy of Pediatrics. 28 ed. México: Panamericana, 2010:659-62.
2. **Kleigman R, Behrman R, Jenson H, Stanton B, eds.** Nelson: tratado de pediatría. 18 ed. Barcelona: Elsevier, 2009:1240-54.
3. **Organización Mundial de la Salud.** Tuberculosis. Ginebra: OMS, 2019. Disponible en: <https://www.who.int/es/newsroom/fact-sheets/detail/tuberculosis> [Consulta: 3 agosto 2020].
4. **Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes.** Situación de la Tuberculosis en Uruguay, Entre la eliminación y la Re – emergencia. En: Teleconferencia Nacional Montevideo, 24 de mayo de 2012. Disponible en: <http://www.chlaep.org.uy/descargas/teleconferencia24-may2012.pdf>. [Consulta: 12 julio 2020].
5. **Uruguay. Comisión honoraria para la lucha antituberculosa y enfermedades prevalentes. Universidad de la República. Facultad de Medicina. Cátedra de enfermedades infecciosas. Cátedra de neumología.** Guía Nacional para el manejo de la Tuberculosis. 3 ed. Montevideo: CHLA-EP, 2016. Disponible en: https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=1175:tuberculosis-guia-nacional-para-el-manejo-uruguay&Itemid=451. [Consulta: 12 julio 2020].
6. **Uruguay. Comisión honoraria para la lucha antituberculosa y enfermedades prevalentes. Universidad de la República. Facultad de Medicina. Cátedra de enfermedades infecciosas. Departamento de Pediatría.** Guía nacional para el manejo de la tuberculosis en situaciones especiales. Montevideo: CHLA-EP, 2017. Disponible en: https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=1311:nueva-guia-nacional-para-el-manejo-de-tuberculosis-en-uruguay-2017&Itemid=310. [Consulta: 12 julio 2020].
7. **Moreno D, Martín A, Altet N, Baquero F, Escribano A, Gómez D, et al.** Diagnóstico de la tuberculosis en la edad pediátrica. *An Pediatr (Barc)* 2010; 72(4):283.e1-e14.

8. **Prasad K, Sreedharan S, Chakravarthy Y, Prasad S.** Tuberculosis in the head and neck: experience in India. *J Laryngol Otol* 2007; 121(10):979-85.
9. **Cruz I, Salcedo M.** Tuberculosis ganglionar: experiencia en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. *Arch Pediatr Urug* 2011; 82(1):18-22.
10. **Dorransoro I, Toborra L.** Microbiología de la tuberculosis. *Anales Sist San Navarra* 2007; 30(Supl 2):267-85.
11. **Donohue W, Boldent T.** Tuberculosis of the salivary glands: a collective review. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1961; 14:576-88.
12. **Zheng J, Zhang Q.** Tuberculosis of the parotid gland: a report of 12 cases. *J Oral Maxillofac Surg* 1995; 53(7):849-51.
13. **Lee I, Liu J.** Tuberculous parotitis: case report and literature review. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2005; 114(7):547-51.
14. **Pedrozo S, Aldana R, Herrera M.** Infecciones por *Mycobacterium* y *Salmonella* en pacientes con inmunodeficiencias asociadas al circuito IL-12/IL23 – IFN γ : aspectos biológicos y clínicos. *Enf Inf Microbiol* 2007; 27(3):88-99.
15. **Howlett D.** High resolution ultrasound assessment of the parotid gland. *Br J Radiol* 2003; 76(904):271-7.
16. **World Health Organization.** Tuberculosis Diagnostics Xpert MTB/RIF Test. Version on line. Disponible en <http://www.who.int/tb/laboratory/> [Consulta: 6 Mayo 2020].
17. **Garg R, Verma S, Mehra S, Srivastawa A.** Parotid tuberculosis. *Lung India* 2010; 27(4):253-5.
18. **Amaya G, Contrera M, Arrieta F, Montano A, Pírez C.** Rendimiento del GeneXpert en el diagnóstico de tuberculosis pulmonar y extrapulmonar en la edad pediátrica. *Arch Pediatr Urug* 2020; 91(S2):S12-23.
19. **Uruguay. Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes.** Nuevas recomendaciones en el diagnóstico de tuberculosis: rol del Xpert/MTB/RIF. Montevideo: CHLA-EP, 2017. Disponible en: <https://chlaep.org.uy/nuevas-recomendaciones-en-el-diagnostico-de-tuberculosis-rol-del-xpert-mtb-rif/>. [Consulta: 6 mayo 2020].

Correspondencia: Dra. Patricia Barrios.
Correo electrónico: patriciabarrios77@gmail.com

Todos los autores declaran haber colaborado en forma significativa.

Mariana Pérez ORCID 0000-0002-0808-5315, Patricia Barrios ORCID 0000-0002-9199-3188, Álvaro Galiana ORCID 0000-0002-8723-2570, Gustavo Giachetto ORCID 0000-0003-3775-4773
