

Sesión científica del día 6 de febrero de 1933

PRESIDENCIA DEL DR. PI SUÑER

Paroditis crónica. Nuevas aportaciones clínicas.

por el Dr. F. SALAMERO

Entre los diversos procesos de que puede ser asiento la glándula parótida, hemos de llamar la atención sobre el capítulo de las inflamaciones crónicas. El asunto merece ser comentado.

Las descripciones de los libros de texto, se repiten con demasía y en el transcurso de los años nada aportan, que tienda a describir mejor el proceso; es decir, ningún detalle nuevo que nos pueda orientar, bien sea en el sentido de la descripción, o bien cuanto se refiere al tratamiento o patogenia.

En fecha no lejana (1928) publicamos un trabajo sobre este tema, en la revista «Ars Médica» y hoy, más documentados, nos permitimos insistir nuevamente.

Sin que nos gué el afán de pasar por originales y mucho menos con la pretensión de descubrir ningún asunto nuevo, no sabemos de ningún trabajo anterior que se ocupe de este asunto en la forma que lo presentamos.

La importancia estriba principalmente por la fácil confusión con las neoplasias, cuyos rasgos principales son a veces muy difíciles de separar, con lo cual nos exponemos a orientarnos hacia una terapéutica muy alejada de lo que en realidad debe ser.

Nada ilustrará mejor que la descripción de las historias clínicas y después comentaremos todo lo que se deduce de su observación y experiencia.

Observación núm. 1. — Ingresó el 3 de diciembre, es dada de alta el 22 del mismo.

P. M. P., natural de Barcelona, 38 años, casada.

Antecedentes familiares sin importancia.

Antecedentes individuales: tifoidea a los 14 años; fiebre de Malta a los 21; úlceras varicosas que han curado. Ha tenido dos hijos, murió uno a los 6 días del nacimiento. Un aborto de dos meses.

Enfermedad actual: ha sido tratada recientemente por un mal de Pott y convaleciente de esta afección, aparece un dolor intenso en la articulación temporomaxilar y parótida izquierda, acompañada de trismus y de intensos dolores que se extienden hasta la región gingival y que compara a una sensación de desgarramiento.

Exploración: ligero abultamiento mal limitado de la región maseterina y parotídea izquierda. Desde 10 días, diplopia y ligera desviación facial. No existe temperatura ni caries dentaria. La tumefacción aumenta sin señales de fluctuación.

Wasserman negativo.

Tratamiento de prueba con yoduro, 5 gramos diarios. Mejora desde los primeros días; se completa el tratamiento con salvarsán, y es dada de alta completamente curada.

Observación núm. 2. — J. G. J. de 39 años, casada, natural de Fortacella (Tarragona), ingresa el 2 de noviembre de 1927.

Antecedentes familiares: nulos.

Antecedentes individuales: gripe a los 14 años; bronconeumonía a los 20. Casó a los 22 años, 3 embarazos a término. Ningún aborto.

Enfermedad actual: hace 4 meses presenta una tumoración en la región parotídea, que apareció en horas. Se levantó de la cama con la mejilla hinchada sin que el día anterior notara nada. Los primeros días era indolente, después se hace extremadamente dolorosa.

Exploración: se aprecia al nivel de la región maseteriana hacia la región parotídea un tumor duro, pero no leñoso, del tamaño de una nuez, lobular, algo movable sobre los planos profundos, doloroso, espontáneamente cubierto por piel normal, sin fluctuación. Trismus muy marcado.

Se prescriben 6 gramos diarios de yoduro y a los tres o cuatro días la tumoración se reduce y se pone más blanda.

Wasserman: retención una dosis de complemento.

Se inyecta salvarsán, una serie, y a los veinte días la enferma es dada de alta, curada.

Observación núm. 3. — J. R., natural de la Puebla de Fantova (Huesca), 37 años, casada.

Antecedentes individuales: no recuerda haber estado enferma.

Historia genital: menarquia a los 15 años tipo 6/25, ligera leucorrea. Casó a los 26 años, ningún embarazo.

Enfermedad actual: hace un año hinchazón rápida de la región parotídea izquierda, acompañada de trismus. Fuerte dolor. Cuando trata de abrir la boca sabor amargo, como si fuera pus. El dolor se calma con fomentos calientes. Las molestias siguen durante dos meses y se le extraen dos molares superiores sin apreciar caries.

Exploración: tumoración situada en el lado izquierdo de la cara, región parotídea, de consistencia dura, no movable, dolorosa espontáneamente, no a la presión, cubierta por piel adherida y enrojecida. Sin tempera-

tura. Separadas con dificultad las arcadas dentarias, se toca el borde del maxilar, no pudiéndose apreciar de dónde sale el pus que la enferma escupe, por fin; en uno de los muchos exámenes se apreció la expulsión por el conducto de Stenon, pero no se aumenta con la presión sobre la glándula.

Se prescriben seis gramos diarios de yoduro, y a los siete días se reduce el tumor. Wasserman positivo. El tratamiento específico no actúa tan notablemente como el yoduro. Se prescribe nuevamente yoduro, pero tiene que descansar por intolerancia.

Marcha a su casa notablemente mejorada.

Pasados tres meses me escribe que no está completamente curada, debido a que no ha seguido la medicación y la aconsejo nuevamente yoduro y salvarsán.

Observación núm. 4. — A. P. T., natural de Tamarite de Litera (Huesca), 60 años, casado.

Dispensario del Hospital.

Antecedentes: no ha estado nunca enfermo. Casó a los 30 años con viuda. Esta ha dado a luz en el primer matrimonio 5 hijos. Con el actual marido ningún embarazo. Este enfermo no tuvo relaciones sexuales hasta que se casó.

Enfermedad actual: apareció hace dos años una pequeña tumoración en la región parotídea izquierda, indolora. Esta tumoración ha crecido lentamente hasta adquirir el volumen de un huevo de paloma. Sin molestia alguna, ni pérdida de apetito, ni peso. Masticación normal.

Tumor situado en la región parotídea izquierda formando parte de la glándula, del tamaño de un huevo de paloma, duro, cubierto por piel normal algo movible. No se encuentra fluctuación clara a pesar de que hay zonas más blandas. No existen ganglios ni temperaturas.

Se le prescriben 8 gramos diarios de yoduro, apreciándose a partir del 5 día que la tumoración se ha reducido. Wasserman negativo. Punción negativa. Biopsia: nos dice que se trata de un proceso inflamatorio sin aclarar nada.

Se suspende la ingesta de yoduro por intolerancia gástrica y se le hacen aplicaciones de radioterapia y a los 15 días es dado de alta completamente curado.

Observación núm. 5. — Rosa Pujol.

Clínica de operaciones.

Hace 6 meses comienza a notar un dolor que se extiende desde el ángulo de la mandíbula y por su borde posterior hasta el arco cigomático. Dolor sordo, punzante, que aparecía y desaparecía. Algunos días después aparece una induración dolorosa al tacto y a los movimientos mandibulares que están limitados por el dolor. La tumoración ha ido creciendo y extendiéndose de arriba hacia abajo y en la actualidad se extiende desde el arco cigomático hasta dos traveses de dedo por debajo del ángulo mandibular izquierdo, invadiendo el esterno-cleido-mastoideo.

Antecedentes sin interés.

Exploración. Se aprecia a la inspección un aumento de volumen ligero y una coloración rojiza de la región parotídea. La región geniana también abultada.

Al tacto se aprecia ante todo un aumento de temperatura local y el enrojecimiento desaparece a la presión, siendo pues de tipo congestivo.

Se aprecia una placa dura, inmóvil, dolorosa, que se extiende en los límites más arriba indicados.

La radio muestra un hueso normal con el tipo atrófico propio de la edad.

Hay una muela única en la mitad posterior de la rama horizontal del maxilar inferior, muela careada como todas las de la paciente.

La abertura de la boca francamente disminuída por trismus.

Es también doloroso el movimiento de inclinar la cabeza hacia la izquierda, poniendo en juego el esterno-cleido-mastoideo.

¿Flemón leñoso del cuello, de origen dentario?

18-III-32. Se punciona un punto reblandecido y no sale pus.

Radioterapia y yoduro. Wasserman negativo. Curada.

Observación núm. 6. — María Solá Coll, natural de Llansá (Gerona), de 60 años, viuda.

Ingresó en 13 de Octubre 1932 en la clínica del Dr. Ferrer Cagigal.

Antecedentes individuales: grippe en la epidemia 1919, estreñimiento habitual. Nació en un parto gemelar. Lactancia mercenaria. Menarquia a los 16 años, tipo 3/28. Casó a los 16 años; 7 embarazos normales y lo mismo los partos y puerperios. Menopausia a los 36 años con molestias; llamaradas en la cara, etc.

Enfermedad actual: hace 10 meses apareció una tumoración algo mayor que una avellana en la región parotídea derecha, indolora, de consistencia dura, adherida fuertemente a los planos profundos. Hizo un tratamiento enérgico externo, a base de unguentos y fomentos sin que se modificase la tumoración, la cual sigue insensible; ésta fué aumentando hasta alcanzar el tamaño de un huevo de gallina.

Sin modificación alguna en el estado general. Sin lesión auditiva.

Exploración: tumoración dura, situada en la parótida derecha, en forma piriforme, cubierta por piel normal, de consistencia muy dura y total, indolora espontáneamente y a la presión, sin calor local, sin temperatura, inmóvil, no se aprecian ganglios, los movimientos del cuello libres, ligera dificultad a la masticación. No hay lesión del facial. Wasserman negativa.

Sometida al tratamiento físico, se funde en pocos días la tumoración.

Observación núm. 7. — Dolores Piñol Cubells, natural de Poble de la Granadella ((Lérida), 65 años, domiciliada en Barcelona, calle San Andrés, 290.

Antecedentes individuales: no recuerda haber estado enferma; 3 hijos, ningún aborto.

Enfermedad actual: hace 4 meses, nota que la mejilla izquierda se le hincha, al propio tiempo que aparecen dificultades en la abertura bucal, hasta llegar casi a un trismus completo. Durante este tiempo el dolor es poco acentuado. Ha tenido caries dentarias.

Exploración: se aprecia una tumoración en la región parotídea izquierda, mal limitada, que se extiende principalmente por la parte anterior e inferior de la región. El reborde del maxilar está libre.

Esta tumoración es dura, elástica, muy poco movable, no dolorosa a la presión, cubierta por piel normal, sin calor local, sin adenopatía ganglionar, sin limitación de los movimientos del cuello, no hay temperatura axilar. No hay lesión del facial. La separación de las arcadas dentarias apenas deja pasar un dedo.

Tratamiento: radioterapia. Curación completa.

Después del tratamiento físico quedan vestigios del tumor y se le prescriben 8 gramos de yoduro, y a los 10 días presenta el aspecto que se observa en la fotografía.

Observación núm. 8. — Miguel Carbó Adell, 43 años, casado, natural de Horta de San Juan (Tarragona). Ingresa en la clínica del Dr. Bartrina el 6 de diciembre de 1932.

Antecedentes familiares: los padres murieron ancianos sin saber la causa; 5 hermanos, todos sanos.

Antecedentes individuales: No recuerda haber tenido más que una gastritis.

Enfermedad actual: hace 6 ó 7 meses empieza notando fuertes dolores de muelas, con intervalos de mejoría; hizo su vida normal hasta que sus familiares le llamaron la atención de que presentaba una ligera desviación de la comisura labial y abertura palpebral hacia el lado izquierdo. Anteriormente a esta desviación notó la aparición de un pequeño abultamiento en la región parotídea izquierda, en la prolongación anterior de la glándula, indolora espontáneamente, del tamaño de un garbanzo.

Desde hace 5 meses presenta un tumefacción mal limitada en toda la región parotídea principalmente en la parte superior de la región maseteriana. Angulo de la mandíbula y conducto auditivo libres. No hay trastornos de la audición. Trismus marcado.

Exploración: Tumefacción bien manifiesta en la región maseteriana y parotídea izquierda, cubierta por piel normal, dolorosa espontáneamente y más con la presión, de consistencia dura, no adherida a la piel, poco movable sobre los planos profundos. Ausencia absoluta de ganglios. Ligera desviación facial izquierda. Dolores irradiados siguiendo el aurículo temporal y ramas superiores del plexo cervical.

Wasserman negativo. Examen radiográfico de la rama del maxilar y órbita normal.

Tratamiento: Se prescriben 7 gramos diarios de yoduro, y a partir del tercer día la tumoración queda más limitada, pero como queda estacionada en los días subsiguientes, se hace tratamiento físico y el enfermo es dado de alta completamente curado al mes y medio de su ingreso en el hospital.

SINTOMATOLOGÍA

Los caracteres más marcados de todos estos enfermos, se manifiestan en un grupo de síntomas que es lo más interesante de esta afección y que debemos subrayar porque ello es lo que permite orientarse hacia un diagnóstico preciso o aproximado.

Tienen importancia la edad, sexo, localización de lado, asiento topográfico de la glándula, evolución, dolor, trismus, lesiones dentarias reacción local, reacción general, infarto ganglionar, fluctuación, punción, Wasserman, biopsia.

Edad: Todos los casos corresponden a edad media (5) y vejez (3). No hay ninguno de adolescencia ni juventud.

Sexo: Más frecuente en las mujeres (6) que en los hombres (2).

Localización de lado: Predominio del lado izquierdo (6), lado derecho (2); todos unilaterales.

Topografía glandular: Tiene un gran interés; en ningún caso se aprecia la tumoración en la parte posterior o sea reborde maxilar (frecuente en los tumores mixtos). En ningún caso la tumoración interna se localiza en la prolongación anterior sobre el masetero.

Evolución: Evoluciona en pocos meses, presentando una aparición rápida, que llama inmediatamente la atención.

Las diferencias oscilan entre unos días (caso 2) y dos años (caso 4.º).

Los tumores mixtos 8, 10 20 años. Los epitelomas en meses, acabando en la caquexia.

Dolor: Las formas de evolución lenta, son indoloras (casos 4.º y 5.º). Son dolorosas las de crecimiento rápido (casos 1.º, 2.º, 3.º, 5.º, 7.º y 8.º).

Trismus: Podríamos repetir las palabras anteriores. Separación normal de las arcadas dentarias en las indoloras, trismus más o menos acentuada en las dolorosas.

Caries dentarias: Ciertamente que en algún caso existen caries, pero en otros no. Sobre este particular no podemos aclarar nada.

Reacción local: Casi siempre nula.

Reacción general: Idem o nula en absoluto.

Fluctuación: Hay formas de consistencia dura, en otros casos se aprecian zonas más blandas, pero en ningún caso se aprecia una verdadera fluctuación.

Punción: No hemos conseguido más que la extracción de unas gotas de sangre y sensación de resistencia.

Biopsia: Solamente en un caso (4.º) y tampoco aclaró nada.

Wasserman: Positivo en un caso (el 3.º), en los demás negativo y si bien en el caso 2.º es dudosa, los antecedentes no coinciden. Luego veremos las características de la sífilis parotídea.

Formación de absceso: Ninguno de ellos llegó a supurar espontáneamente.

Expulsión de pus por el conducto de Stenon: En ningún caso hemos llegado a observar que la expresión de la glándula dé salida de pus por el conducto.

En el caso 3.º, pese a lo que decía la enferma, no podemos comprobarlo.

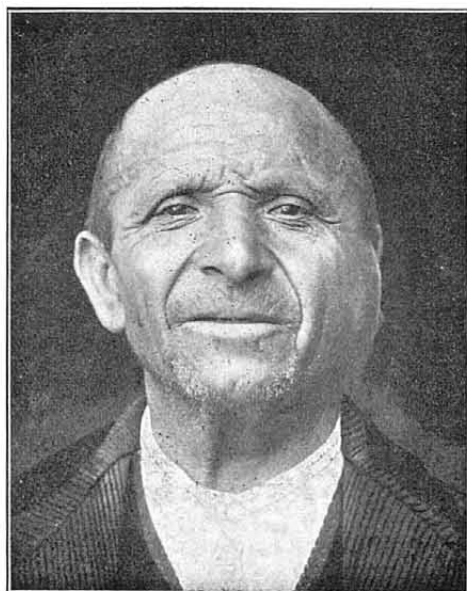
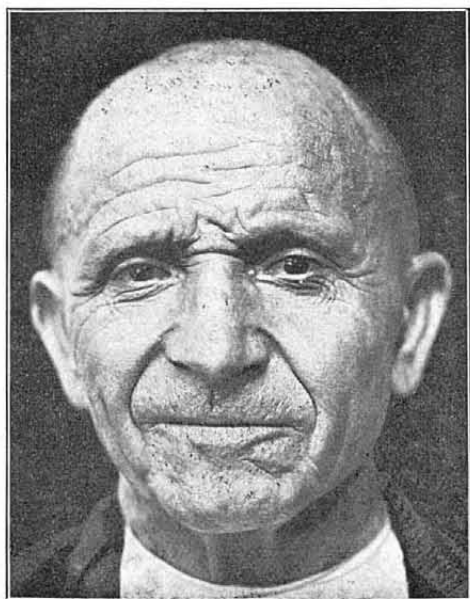
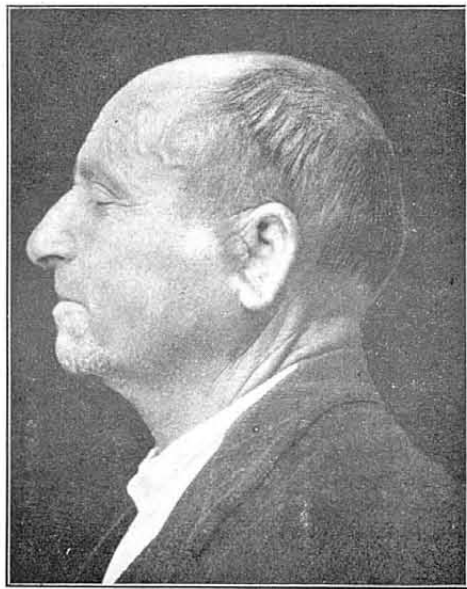
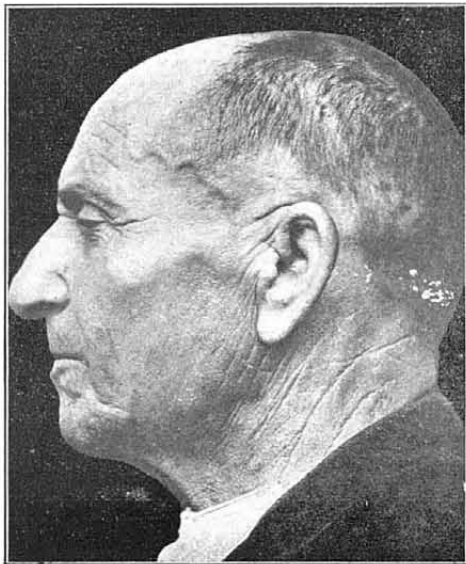
Lesiones auditivas: Nulas en todos los casos.

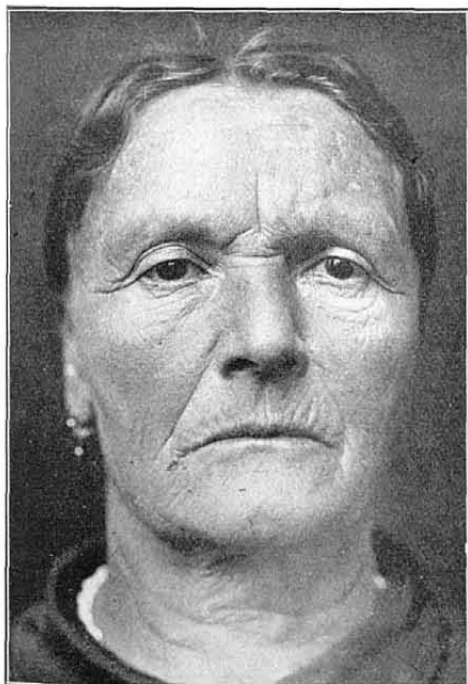
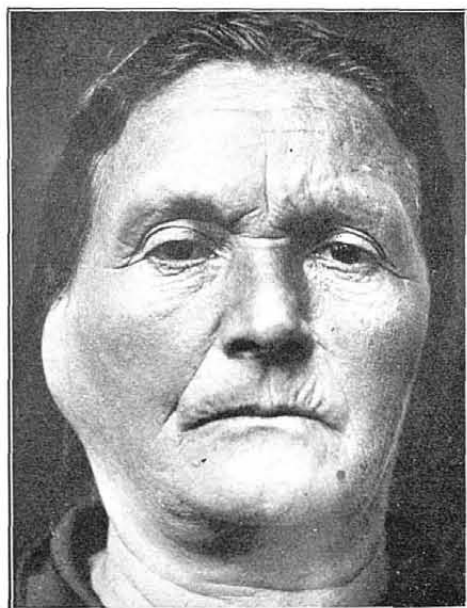
Lesiones del facial: Ligera desviación de la comisura labial en los primero y octavo.

Infarto ganglionar: En ninguno.

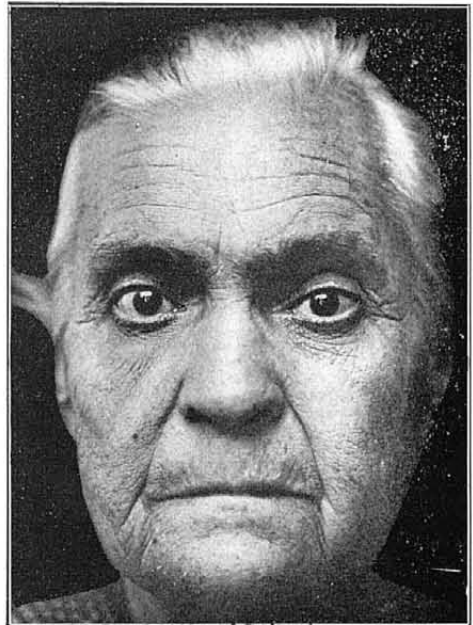
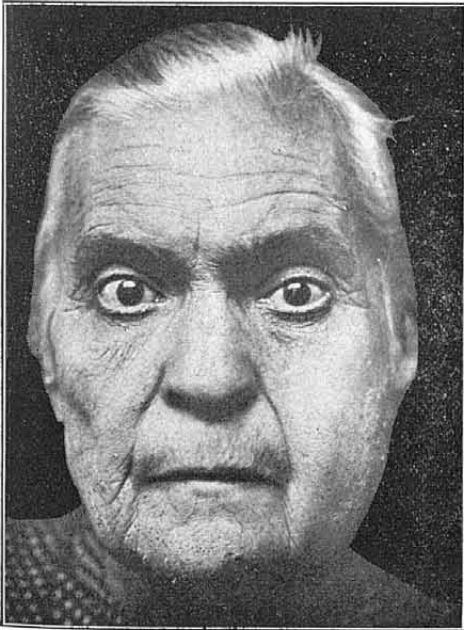


Historia n.º 2

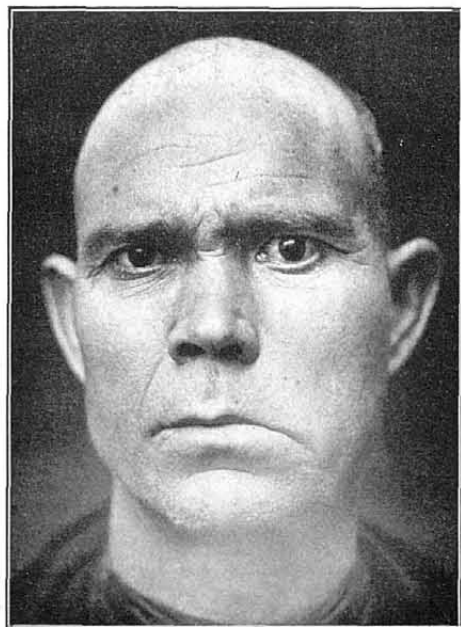
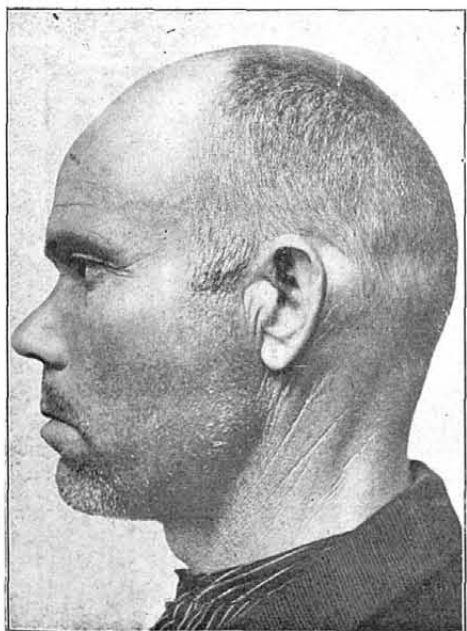
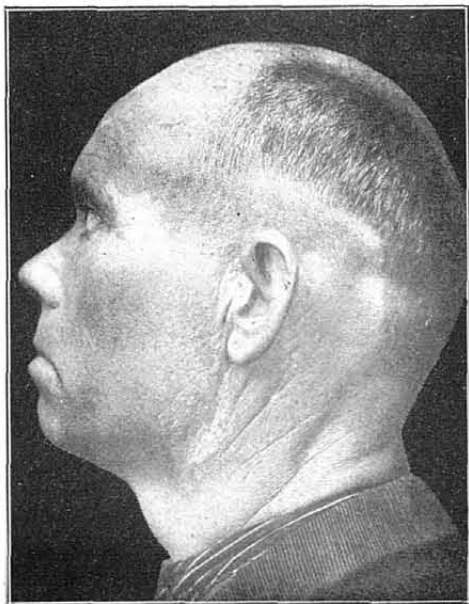
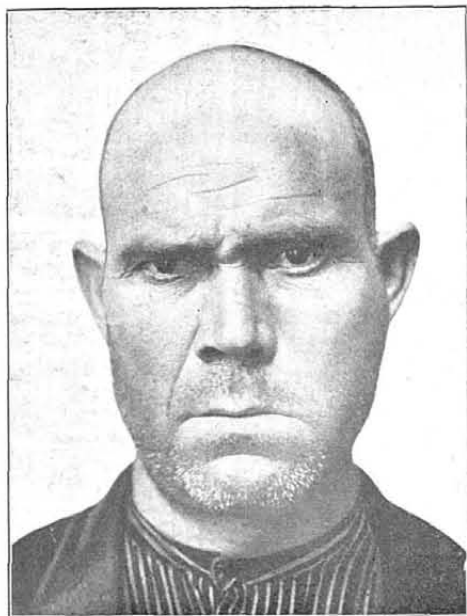




Historia n.º 6



Historia n.º 7



Examen radiográfico: Examen de varios casos, para descartar lesión de la rama ascendente y en otros de la órbita. Ningún dato.

Aspecto de la piel: Normal en todas, excepto en los casos 3.º y 5.º que se presenta algo enrojecida.

Fijación del tumor o movilidad: Son casi siempre inmóviles con respecto a los planos profundos. Cuanto más rápidamente crecen, menos movilidad.

En resumen, que los datos que se pueden agrupar idénticos en todos los casos y que pueden servir para la descripción clínica son: tumoración de la parótida izquierda, edad media de la vida, más frecuente en la mujer, que se localiza principalmente en la prolongación anterior de la glándula, acompañada muchas veces de trismus, dolorosa espontáneamente, sin fluctuación clara, que no supura, sin lesión auditiva, que raras veces engloba el facial, cubierta por piel normal algo móvil (menos que los tumores mixtos, más que los epitelomas), sin que existan nunca ganglios, y que evoluciona en meses.

Patogenia y etiología: El mecanismo en virtud del cual se produce esta lesión es desconocido. Se supone que la causa es una infección de tipo específico, atribuyéndose a la actinomicosis, sífilis y tuberculosis.

La actinomicosis tendría como puerta de entrada la cavidad bucal, se produciría la infección a través del conducto excretor. Existen además la vía sanguínea y linfática. Anatómicamente se observan dos formas; circunscrita y difusa. En el primer caso, la glándula presenta pequeños nodulos separados por territorios de parenquima sano. En la forma difusa toda la glándula está invadida.

Para suponer que la parotiditis crónica es un proceso micótico deberíamos tener datos precisos de laboratorio, presencia de granos amarillos, cuti-reacción, fijación de complemento. No ha sido posible, por resultar las punciones negativas y además no disponer de cultivos frescos.

La sífilis, ya de por sí muy rara (50 casos reunidos hasta 1931), puede aparecer en los casos congénitos.

En la sífilis adquirida es generalmente bilateral y de evolución aguda, más tarde unilateral y de evolución crónica. La adenopatía es corriente y puede supurar. En los casos tardíos puede haber confusión con tumores y demás infecciones específicas. El Wasserman y tratamiento de prueba aclaran el diagnóstico.

La tuberculosis es muy rara. Deben simplemente admitirse las tuberculosis localizadas y aún bajo un riguroso examen de laboratorio. La puerta de entrada sería bucal y también la vía sanguínea y linfática. Se describen dos formas clínicas: circunscritas y difusas. También existen parotiditis crónicas debidas a intoxicaciones: plomo, cobre, mercurio y yodo, pero este mecanismo es de fácil comprobación.

Lo que interesa sobre todo es el diagnóstico diferencial con las neoplasias.

Los tumores mixtos crecen muy lentamente, su evolución se cuenta por años, son indoloros, aparecen en forma de nodulos muy móviles y asientan generalmente detrás del ángulo de la mandíbula, debajo del lóbu-

lo de la oreja, delante del conducto auditivo externo. Casi nunca se desarrolla en la prolongación faríngea. En algunos casos llegan a adquirir desarrollos gigantescos después de muchos años de evolución; en otras ocasiones crecen rápidamente, en poco tiempo: han sufrido la transformación maligna.

Los epitelomas típicos son muy raros, suelen ser tumores mixtos degenerados. Más frecuentemente en el hombre, hacia los 60 ó 70 años; adoptan dos formas histológicas: escirros y encefaloídeos.

La forma escirrosa es dura, leñosa, forma un núcleo poco voluminoso, mal limitado, fijado por prolongaciones irregulares, que se hunden en las partes sanas de la glándula y hasta los músculos vecinos, adhiere ampliamente la piel, úlcera tardíamente, se fija a las partes próximas, sobre las cuales no ofrece ninguna movilidad. Invade el sistema linfático y una palpación atenta, permite sentir una cadena de pequeños ganglios, en toda la altura de cuello a veces hasta la clavícula. Más tarde la neoplasia se retrae y engloba, el lóbulo de la oreja se deprime en el centro y a este nivel se efectúa la ulceración. En otros casos constituye el escirro en placas, muy parecido a las formas similares de la mama, quedando un cuero duro, en vez de la piel normal.

El encefaloide es, por el contrario, un tumor de desarrollo rápido. Adquiere un volumen enorme, en unas semanas; sus abolladuras, son blandas, depresibles, hasta el punto que en ocasiones se cree se trata de una colección líquida. La piel que le recubre está roja, violácea, caliente y tensa. Los dolores son violentos por compresión del nervio aurículo-temporal o de las ramas superficiales del plexo cervical. La parálisis facial, viene algo más tarde que en el escirro. Los ganglios son invadidos precozmente y forman tumores secundarios. Son frecuentes la ulceración de la piel y las hemorragias. El estado general se agrava y pronto se acompaña de caquexia.

Estos son, pues, los caracteres más salientes que nos permiten llevar a cabo el diagnóstico diferencial, entre inflamación crónica y neoplasia.

TRATAMIENTO

La ligera reacción, a veces muy sensible e incluso en algún caso nula que se manifiesta con la ingesta de yoduro, 6 a 8 gramos diarios, nos hizo suponer, hace ya unos años, que nos encontrábamos ante una actinomicosis. Pero la reacción parotídea a la medicación es muy desigual, de aquí que aconsejábamos, ya en aquella fecha, insistir durante varios días con el yoduro, cuando se notara disminuir la tumoración y además coadyuva con salvarsan.

Si el Wasserman es positivo, salvarsan y bismuto hasta la curación completa. Si el Wasserman es negativo, se hace tratamiento de prueba. Cuando el yoduro y salvarsán no modifiquen en absoluto la tumoración debe recurrirse a la biopsia como medio más seguro, pero tiene sus peligros y no lo aconsejamos.

Tratamiento intrafocal: la inyección intra-parotídea de substancias, como el cloruro de zinc, sulfato de cobre, aun inyectando previamente novocaína para evitar el dolor, la juzgamos peligrosa y no la hemos ensayado.

Radioterapia: es el tratamiento ideal, el que nos ha dado todas las curaciones, tanto si reacciona como no al yoduro. Esta ha sido la prueba final y la de verdadero éxito.

Sin entrar en detalles de técnica, debemos decir que los tumores mixtos reaccionan muy mal al tratamiento físico y en cuanto a los epitelomas, ni aun en los casos más afortunados, lo hacen tan limpiamente y con tanta rapidez, como estas lesiones inflamatorias.

Como conclusión: se debe probar en todos los casos el yoduro, y se terminan más rápidamente con sesiones de radioterapia.

La indicación esencial, dependerá de cada caso clínico, pues lo más importante será orientar bien el diagnóstico: que se trate en realidad de un proceso crónico y no una neoplasia o una afección no parotídea.

Para terminar. Nuestro agradecimiento al Doctor Carulla, sin cuyo concurso y facilidades dadas en el departamento de Terapéutica física del Hospital Clínico, no hubiesen sido posible estos ensayos.