

# Parotidite aguda em jovem adulto sistemicamente saudável. Relato de caso

Acute parotitis in a systemically healthy young adult. A case report

Rafael S. MOLON<sup>1</sup>, João P. STEFFENS<sup>1</sup>, João A. C. SOUZA<sup>2</sup>, Vitoldo A. KOZLOWSKI JUNIOR<sup>3</sup>, Luis C. SPOLIDORIO<sup>4</sup>, Joni A. CIRELLI<sup>5</sup>

1 - Doutorando em Odontologia, Área de Periodontia – Departamento de Diagnóstico e Cirurgia, Faculdade de Odontologia de Araraquara, Universidade Estadual Paulista - UNESP, Araraquara – SP, Brasil.

2 - Doutorando em Odontologia, Área de Implantodontia – Departamento de Diagnóstico e Cirurgia, Faculdade de Odontologia de Araraquara, Universidade Estadual Paulista - UNESP, Araraquara – SP, Brasil.

3 – Departamento de Odontologia, Universidade Estadual de Ponta Grossa, Ponta Grossa - PR, Brasil.

4 - Professor Titular, Área de Patologia – Departamento de Fisiologia e Patologia, Faculdade de Odontologia de Araraquara, Universidade Estadual Paulista - UNESP, Araraquara – SP, Brasil.

5 - Professor Associado, Área de Periodontia – Departamento de Diagnóstico e Cirurgia, Faculdade de Odontologia de Araraquara, Universidade Estadual Paulista - UNESP, Araraquara – SP, Brasil.

## RESUMO

**Objetivo:** Este estudo relata um caso incomum de parotidite aguda em um paciente adulto jovem, saudável e com boa higiene oral. **Relato de Caso:** O paciente procurou o Departamento de Estomatologia, na Universidade Estadual de Ponta Grossa devido a um inchaço na região da glândula parótida direita. O paciente foi submetido a exames clínicos e radiológicos e foi prescrito tratamentos com drogas anti-inflamatórias e antibióticos. No quinto dia os sinais e sintomas

havam desaparecido. **Conclusão:** O desenvolvimento de parotidite aguda em adultos jovens saudáveis com uma boa higiene oral é possível, mas isso torna o diagnóstico mais difícil. Anti-inflamatórios, antibióticos e fisioterapia associada com calor pode contribuir para a recuperação dos sinais e sintomas após 5 dias de tratamento.

**PALAVRAS-CHAVE:** Parotidite; Parotidite aguda; Glândula parótida.

## INTRODUÇÃO

Parotidite aguda é um processo inflamatório e infeccioso da glândula parótida<sup>1,2</sup>, que pode ser associada com estados de imunossupressão, tais como diabetes e alcoolismo, doenças auto-imunes tais como a síndrome de Sjögren<sup>3</sup>, bem como outras condições incluindo higiene oral deficiente, hipossalivação após medicação (antidepressivos), desidratação pós-cirúrgica e obstruções devido a sialolitíase, tumores ou corpo estranho<sup>4</sup>. A desidratação associada com má higiene oral desempenha um papel importante na etiologia da parotidite aguda. A diminuição do fluxo salivar, resultante da desidratação, auxiliada pelos efeitos xerostômicos de medicamentos prescritos leva a perda da ação antibacteriana e de lavagem da saliva na cavidade oral<sup>5</sup>.

Parotidite aguda geralmente ocorre em pacientes que se recuperam de cirurgias abdominais e em pacientes idosos, doentes sistemicamente, debilitados e imunodeprimidos. Entretanto, parotidite aguda também tem sido observada em crianças prematuras<sup>6-7</sup>. A manifestação clínica mais comum nesta patologia é relacionada com um inchaço eritematoso e endurecido da face na região das glândulas parótidas. Em casos agudos, o ducto da glândula parótida, localizada na região do segundo molar superior, aparece avermelhado associado com secreção purulenta<sup>1</sup>. O diagnóstico diferencial inclui parotidite viral (caxumba), fibrose cística, sarcoidose, sialolitíase, parotidite crônica recorrente e neoplasmas<sup>8</sup>. Uma origem bacteriana aguda pode ser diferente das manifestações lis-

tadas acima pela presença de uma secreção purulenta no ducto de Stenson ou pela presença de sintomatologia dolorosa<sup>1</sup>.

O diagnóstico pode envolver exame radiológico, incluindo ultra-sonografia da glândula para evidenciar a formação de um abscesso, a tomografia computadorizada com contraste por via intravenosa, e sialografia (embora esta última não é indicado em processos agudos, devido à possibilidade de ruptura adesiva pela pressão do líquido de contraste injetado e pela dor intensa). Completo exame de sangue por meio de cultura e sensibilidade celular devem ser realizados no início dos sinais e sintomas<sup>1</sup>. Embora mais de 80% de parotidite aguda ocorre em função de infecções por *Staphylococcus aureus*<sup>8</sup>, o envolvimento de bactérias estritamente anaeróbias tem sido reportado na literatura científica<sup>9-13</sup>, principalmente relacionada à pacientes mais jovens<sup>10</sup>.

O tratamento da parotidite aguda envolve a prescrição de antibióticos e / ou procedimentos cirúrgicos. Reidratação, suporte nutricional, terapia com calor, e instrução de higiene oral são recomendações para melhorar esta condição. As intervenções cirúrgicas são indicadas, apenas, quando não há remissão dos sinais clínicos e sintomas após 3-5 dias de terapia com antibióticos, envolvimento do nervo facial ou estruturas vitais adjacentes ou formação de abscesso considerável no interior do parênquima da glândula<sup>14-17</sup>.

O objetivo deste relato de caso foi apresentar e discutir a possibilidade de ocorrência da doença em um paciente adulto jovem e saudável e demonstrar que a terapia com drogas antimicro-

bianas e anti-inflamatórias associada com fisioterapia com calor pode promover a remissão dos sinais e sintomas.

### RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 23 anos de idade, caucasiano, dentista, apresentou-se na clínica de Estomatologia da Universidade Estadual de Ponta Grossa com queixa principal de inchaço e dor na região da glândula parótida direita. A anamnese revelou uma condição saudável, sem nenhuma história de doença sistêmica, sem fazer qualquer uso de medicação ou drogas e o paciente informou que duas noites antes, tinha começado a sentir dor à palpação na região de ângulo da mandíbula direita e o mesmo apresentava-se com dificuldade para abertura total da boca. Não havia história de trauma direto na área. A dor intensa associada com o inchaço na região e a presença de trismo levou o paciente a procura do tratamento.

Ao exame físico extra-oral o paciente apresentava-se com um aumento eritematoso da glândula parótida direita, com ausência de linfonodos infartados na cadeia submandibular, a bochecha estava endurecida, quente e inchada e a função do nervo facial estava normal bilateralmente (Figura. 1). O exame intra-oral demonstrou que o paciente apresentava-se com obstrução do ducto da glândula parótida, evidenciado por meio da diminuição do fluxo salivar, caracterizado por um quadro leve de xerostomia, com uma boa higiene oral e com ausência de descarga de pus por meio do ducto de Stensen. Resultados do hemograma para contagem de leucócitos e plaquetas demonstraram valores normais assim como para hemoglobina 15,9 g/dL e hematócrito 47,6%. O diagnóstico de parotidite aguda foi feito com base nas características clínicas e nos sinais e sintomas apresentados pelo paciente.



Figure 1. Fotografia do paciente no dia 0 (inicial). Observe o inchaço na região da glândula parótida direita.



Figure 2. Fotografia do paciente no dia 6 (final). A completa remissão dos sinais e sintomas pode ser observada.

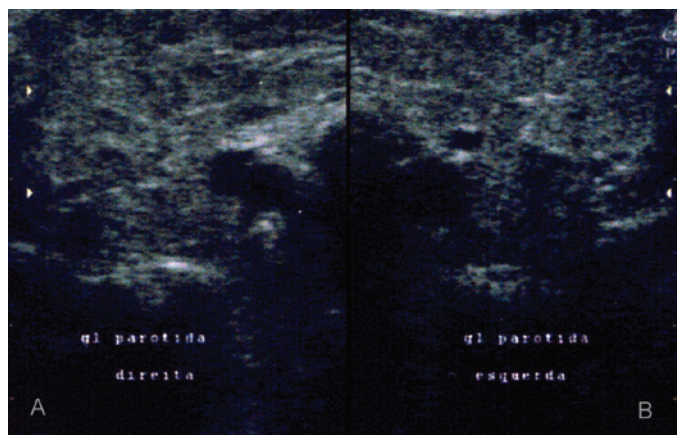


Figure 3. Ultra-sonografia da glândula parótida direita e esquerda evidenciando infarcto do linfonodo intraparotídeo com discreta alteração da normalidade.

O tratamento iniciou-se com a tentativa de compressão do ducto, por meio de fisioterapia através da palpação extra-oral da área envolvida para tentar aliviar o desconforto e a sintomatologia dolorosa. Este tratamento não foi considerado eficaz. Assim, foi indicado terapia com calor e compressas mornas colocadas extra-oralmente. Ao mesmo tempo, terapia com antimicrobianos e anti-inflamatórios foi instituído com 500 mg de azitromicina, uma vez por dia, durante cinco dias e 100 mg de nimesulida, duas vezes por dia durante três dias para a parotidite presumida.

Acompanhamento adequado foi realizado diariamente, com exceção do quinto dia quando o paciente não pôde comparecer a clínica da universidade. A remissão completa dos sinais e sintomas pode ser observada no sexto dia. A evolução do processo pode ser visto na Figura 2. O paciente foi submetido a uma ul-

tra-sonografia da glândula para avaliar a evidência de formação de abscesso no final do terceiro dia de pós-tratamento, devido à impossibilidade de realização do exame proposto, por falta de horário disponível na clínica privada, embora fosse indicado fazer este exame no dia do exame inicial. Os resultados da ultra-sonografia mostraram infarto do linfonodo intraparotídeo com discreta alteração da normalidade (Figura 3). Neste período de seis dias de pós-operatório o status do fluxo salivar estava normal, sem trismo e sem dor. O paciente foi instruído e orientado com relação a higienização e a hidratação.

## DISCUSSÃO

Parotidite aguda é uma doença bem estabelecida na literatura científica. Por outro lado, as características deste paciente e as condições apresentadas são incomuns e não são suportados pela literatura como um indivíduo predisposto para desenvolver parotidite aguda. Existem vários fatores etiológicos e causais para o desenvolvimento de parotidite aguda, porém nenhum dos fatores de risco correlatos foram encontrados neste paciente.

Os sinais e sintomas deste paciente não coincidem com a etiologia da parotidite aguda, relatados na literatura científica. Assim, os autores sugerem uma discreta obstrução do ducto de Stensen por parte de um cálculo não visto nos exames de imagem nem durante os exames clínicos. Esta obstrução discreta do ducto associado com o fato do paciente ingerir pouca água pode ter causado um acúmulo de secreção na glândula parótida e ter iniciado uma infecção. A falta de secreção durante a compressão também pode ser justificada pela obstrução do ducto da glândula parótida.

Devido ao inchaço e a dor durante à palpação na primeira consulta, foi prescrito terapia com calor, antimicrobianos e anti-inflamatórios, porque na maioria dos casos, os pacientes respondem adequadamente a tratamentos com antibióticos<sup>18</sup>. Assim, a desobstrução do ducto através de instrumentos não foi necessário, uma vez que houve melhora dos sinais e sintomas com o tratamento conservador.

Existem várias opções de tratamento disponíveis para parotidite aguda, no entanto, é necessário normalizar o tratamento de acordo com a duração da história e condição geral do paciente. Como o *Staphylococcus aureus* iniciam a maioria das infecções<sup>19</sup>, a penicilina antiestafilocócica, uma cefalosporina de primeira geração ou clindamicina pode ser a droga de primeira escolha<sup>1</sup>. Terapia com antimicrobiano de amplo espectro é indicado para combater todos os possíveis patógenos aeróbios e anaeróbios. No caso em questão a escolha do antibiótico foi a azitromicina devido a proporcionar uma cobertura adequada para bactérias anaeróbicas, bem como bactérias aeróbicas<sup>18</sup>. Em casos não complicados como este, o tratamento eficaz pode ser feito com agentes antimicrobianos orais e terapia com calor.

Depois de agendar a ultra-sonografia em uma clínica privada, que foi obtida apenas após três dias do início da patologia, devido a impossibilidade de horários, os resultados mostraram infarto do linfonodo intraparotídeo com alteração discreta da normalidade. Este resultado sugere a presença de uma infecção localizada que foi rapidamente controlado por antibióticos. Este diagnóstico poderia ser diferente se o exame ultra-sonográfico tivesse sido realizado no primeiro dia em que o paciente procurou a clínica.

Ensaio clínicos randomizados devem ser realizados para avaliar a real influência destas terapias farmacológicas e físicas na parotidite aguda comparando estas intervenções com o curso natural da doença. No entanto, é importante destacar que a obtenção de uma amostra significativa de pacientes com esta doença é extremamente difícil. Portanto, relatos de casos são importantes para estabelecer terapias bem-sucedidas e ajudar na decisão dos clínicos.

## CONCLUSÃO

O desenvolvimento de parotidite aguda em adultos jovens saudáveis com uma boa higiene oral é possível. A remissão completa dos sinais e sintomas pode ser observada após 5 dias de tratamento, realizado por meio de terapias com calor, com a utilização de antibióticos de amplo espectro e de anti-inflamatórios para diminuição da sintomatologia do paciente. Manutenção de uma boa higiene oral, hidratação adequada e tratamento precoce da infecção bacteriana pode reduzir a ocorrência de parotidite aguda. Para este caso, este protocolo de tratamento foi eficiente.

## AGRADECIMENTOS

Os autores gostariam de agradecer ao Dr. William Abib Scheidt (*in memoriam*) pelo acompanhamento clínico e o Dr. Vitoaldo Antonio Kozlowski Jr. pela digitalização das imagens.

## REFERÊNCIAS

01. Fattahi TT, Lyu PE, Van Sickels JE. Management of Acute Suppurative Parotitis. *J Oral Maxillofac Surg*. 2002; 60: 446-8.
02. Goldberg MH, Harrigan WF. Acute suppurative parotitis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1965; 20: 281-6.
03. Wahba HN. Sjögren's syndrome and acute suppurative parotitis. *J Rheumatol*. 1993; 20: 404-5.
04. Matsuo T. Acute suppurative parotitis caused by a fish bone: a case report. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 1997; 26: 54.
05. Mandel L. Differentiating acute suppurative parotitis from acute exacerbation of a chronic parotitis: case reports. *J Oral Maxillofac Surg*. 2008; 66: 1964-8.
06. Ellies M, Laskawi R. Diseases of the salivary glands in infants and adolescents. *Head Face Med*. 2010; 15: 6-10.
07. Herrera Guerra AA, Osguthorpe RJ. Acute neonatal parotitis caused by streptococcus pyogenes: a case report. *Clin Pediatr*. 2010; 49: 499-501.
08. Brook I. Diagnosis and management of parotitis. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 1992; 118: 469-71.
09. Grossenbacher R, Steiner D. Salmonella parotitis with abscess formation. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 1992; 106: 98-100.
10. Matlow A, Korentager R, Keystone E, Bohnen J. Parotitis due to anaerobic bacteria. *Rev Infect Dis*. 1988; 10: 420-3.
11. Pang YT, Raine CH. Acute suppurative parotitis and facial paralysis. *J Laryngol Otol*. 1996; 110: 91-2.
12. Sadeghi N, Black M, Frenkiel S. Parotidectomy for the treatment of chronic recurrent parotitis. *J Otolaryngol*. 1996; 25: 305-7.
13. Saunders PR, Macpherson DW. Acute suppurative parotitis: A forgotten cause of upper airway obstruction. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1991; 72: 412-4.
14. Andrews JC, Abemayor E, Alessi DM, Canalis RF. Parotitis and facial nerve dysfunction. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 1989; 115: 240-2.

15. Brook I, Frazier EH, Thompson DH. Aerobic and anaerobic microbiology of acute suppurative parotitis. *Laryngoscope*. 1991; 101: 170-2.
16. Graham SM, Hoffman HT, McCulloch TM, Funk GF. Intra-operative ultrasound-guided drainage of parotid abscess. *J Laryngol Otol*. 1998; 112: 1098-100.
17. Rousseau P. Acute suppurative parotitis. *J Am Geriatr Soc*. 1990; 38: 897-8.
18. Brook I. Acute bacterial suppurative parotitis: microbiology and management. *J Craniofac Surg*. 2003; 14: 37-40.
19. Manfredi R, Primerano AM, Muratori R, Mastroianni A, Gandolfi L, Chiodo F. Bilateral acute suppurative parotitis due to *Staphylococcus aureus*: an hospital acquired case with fatal outcome. *Panminerva Med*. 1997; 39: 56-60.

---

### ABSTRACT

**Aim:** This study reports an unusual case of acute parotitis in a healthy young adult with good oral hygiene. **Case Report:** The patient sought the Department of Stomatology, at Ponta Grossa State University due to a swollen on the right parotid gland region. The patient underwent clinical and radiological treatments and was prescribed anti-inflammatory drugs and an-

tibiotics. On the fifth day the signs and symptoms had disappeared. **Conclusion:** The development of acute parotitis in healthy young adults with good oral hygiene is possible, but this makes the diagnosis more difficult. Anti-inflammatory, antibiotic and heat physiotherapy can contribute to the recovery of the signs and symptoms after 5 days of treatment.

**KEYWORDS:** Parotitis; Acute parotitis; Parotid gland.

---

### AUTOR CORRESPONDENTE:

Rafael Scaf de Molon

Departamento de Diagnóstico e Cirurgia, Faculdade de Odontologia de Araraquara, Universidade Estadual Paulista - UNESP; Rua Humaitá, 1680, 14801-903 Araraquara-SP.

Telefone: 16-3114-1247.

E-mail: molon.foar@yahoo.com.br