

CASI INDIMENTICABILI

PAROTIDITI RICORRENTI

Paola Assandro<sup>1</sup>, Pierluigi Marzuillo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>IRCCS Materno-Infantile “Burlo Garofolo”, Trieste

<sup>2</sup>Dipartimento di Pediatria “F. Fede”, Seconda Università di Napoli

Indirizzo per corrispondenza: paola.assandro@gmail.com



Giulia, 4 anni, giunge in Pronto Soccorso per comparsa di febbre (picco massimo febbrile: 39,2 °C) e tumefazione parotidea destra. In anamnesi altri 6 episodi identici nell'ultimo anno e mezzo. Durante tutti gli episodi si è presentata tumefazione parotidea dolente destra o sinistra, spesso accompagnata da ipertermia e leucocitosi neutrofila con incremento degli indici di flogosi e iperamilasemia non pancreatico. Dopo il quinto episodio di parotidite trattato farmacologicamente con amoxicillina + clavulanato, il medico curante aveva prescritto il dosaggio di FR, ANA, anticorpi

anti-La, anti-Ro, Ttg, anti-ds-DNA, che sono risultati tutti nella norma.

All'esame obiettivo odierno buone condizioni generali, FC 104 bpm, temperatura corporea 37,5 °C. Si riscontra una tumefazione in sede parotidea destra, dolente, teso-elastica, mobile con cute sovrastante iperemica che si estende in regione retroauricolare omolaterale con consensuale linfadenopatia latero-cervicale destra, non apprezzabili linfonodi in altre sedi di repere. Non scialorrea, non trisma. Faringe roseo, obiettività toracica nella norma, soffio 2/6 modificabile con la posizione (già noto). Addome piano, trattabile lievemente meteorico. Non organomegalia.

Le indagini ematochimiche rilevano leucocitosi neutrofila con incremento degli indici di flogosi e delle amilasi totali con amilasi pancreatiche nella norma. All'ecografia si evidenzia una ghiandola destra ipertrofica e disomogenea con multiple areole ipoecogene del diametro variabile da alcuni millimetri a 1-2 cm. Nel contesto di tale aspetto di apprezza una piccola immagine iperecogena compatibile con possibile deposito di calcio non associato a dilatazione delle vie escrettrici. La consulenza otorinolaringoiatrica conferma la diagnosi di parotidite.

La bambina è stata pertanto sottoposta a ciclo di terapia antibiotica iniziale con clindamicina 250 mg ev per tre

volte al giorno per le prime 48 ore, poi con amoxicillina + clavulanato (6 ml ogni 8 ore per 7 giorni) e ibuprofene sciroppo (10 ml ogni 8 ore) a domicilio, con risoluzione completa della sintomatologia.

Parotidite (o parotite ricorrente)

La parotite ricorrente in età pediatrica (parotidite ricorrente giovanile – PRG) è un raro disturbo caratterizzato da periodiche infiammazioni e tumefazioni di una o (meno frequentemente) entrambe le ghiandole parotidi. A tale manifestazione si associano spesso a dolore, febbre, malessere generale e secrezione purulenta. La durata degli attacchi è di 3-7 giorni ma possono anche prolungarsi a 2-3 settimane e generalmente si verificano 4-5 volte all'anno. L'entità della sintomatologia è variabile e in alcuni casi compromette la regolare frequenza scolastica.

L'eziopatogenesi delle parotiditi ricorrenti è tuttora idopatica<sup>1</sup>. Alcuni Autori<sup>2</sup> ritengono che un'infezione ascendente a partire dalla cavità orale sia l'evento primario responsabile di un'infiammazione di lieve entità a carico dell'epitelio ghiandolare e del dotto, con conseguente distorsione dei dotti distali e metaplasia dell'epitelio duttale che comportano un'eccessiva secrezione di muco. Queste alterazioni predisporrebbero a un'ulteriore riduzione del flusso salivare: fattore predisponente all'infiammazione ricorrente delle parotidi.

Sono state inoltre chiamate in causa la qualità della saliva<sup>3</sup>, una risposta auto-immunologica<sup>4</sup>, fattori di origine familiare<sup>5</sup>, aspetti allergologici, una relazione con patologie ricorrenti delle alte vie respiratorie<sup>3</sup>, ma nessuna di queste cause si è a tutt'oggi dimostrata esaustiva del problema patogenetico<sup>2</sup>.

La diagnosi si basa sui segni clinici e sull'ultrasonografia, di norma impiegata in prima battuta come esame di elezione, che mostra solitamente la presenza di aree ipoecoiche, di dilatazioni dei dotti e di sialectasie (peraltro rare in età pediatrica).

La terapia<sup>1</sup> dell'attacco acuto richiede l'utilizzo di antinfiammatori e antibiotici (clindamicina ev in sede ospedaliera e amoxicillina + clavulanato a domicilio). È però opportuno impostare una terapia comportamentale che comprende un'attenta igiene orale, frequenti massaggi in corrispondenza della sede parotidea, risciacqui con succo di limone che facilitano la produzione di saliva e riducono il rischio di ostruzioni e, infine, utile potrebbe essere l'utilizzo di gomme da masticare allo xilitolo per la sua azione antibatterica. Abbandonata da tempo la radioterapia, la "duct ligation" è da alcuni considerata efficace e di semplice esecuzione. L'intervento di parotidectomia<sup>3</sup> rimane il gold standard per un risultato radicale, ma riservata ai soli casi più gravi e persistenti. Infine in letteratura è descritto anche l'utilizzo della sialoscopia interventistica nel management della parotite ricorrente giovanile in quelle situazioni in cui gli interventi conservativi non sono risultati efficaci<sup>6</sup>.

### BIBLIOGRAFIA

- [1] Bernkopf E, De Vincentiis GC. Parotite (o paroditi-te) ricorrente giovanile e malocclusione dentaria. Medico e Bambino pagine elettroniche 2008;11(9).
- [2] Ericson S, Sjöbäck I. Salivary factors in children with recurrent parotitis. Part 1: Salivary flow rate, buffering capacity and inorganic components. Swed Dent J 1996;20:121-32.
- [3] Morales-Bozo I, Urzúa-Orellana B, Landaeta M, et al. Molecular alterations of parotid saliva in infantile chronic recurrent parotitis. *Pediatr Res* 2007;61:203-8.
- [4] Friis B, Karup Pedersen F, Schiødt M, Wiik A, Høj L, Andersen V. Immunological studies in two children with recurrent parotitis. *Acta Paediatr Scand* 1983;72: 265-8.
- [5] Smith M. Familial incidence of sialectasis. *Br Med J* 1953;2:1359.
- [6] Gary C, Kluka EA, Schaitkin B, Walvekar RR. Interventional sialendoscopy for treatment of juvenile recurrent parotitis. *J Indian Assoc Pediatr Surg* 2011;16(4): 132-6.