

Variante anatómica en un recién nacido: glándula parótida accesoria bilateral Presentación de un caso

Andrea González Palau¹, Carmen Luz Marrero Pérez¹,
Mónica Rivero Falero¹, Antonio López².

¹ Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife, Servicio de Pediatría. ²Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife, Servicio de Radiología.

.....

Resumen:

La glándula parótida accesoria es una variante anatómica que puede estar presente hasta en un 20% de la población, siendo, en la mayoría de los casos asintomática y, en muchos de ellos, de existencia desconocida. En este artículo se presenta una revisión de la bibliografía de esta variante anatómica a raíz de un caso clínico diagnosticado en un recién nacido en nuestro hospital. Se trata de un recién nacido pretérmino de 34 semanas de edad gestacional que ingresa en UCI neonatal por prematuridad, bajo peso y CIR tipo II. Durante su estancia hospitalaria se objetiva la presencia de una tumefacción en ambas mejillas que tras estudio ultrasonográfico se diagnostica de glándula parótida accesoria bilateral, indicando la observación como única actitud terapéutica .

Palabras clave: parótida, recién nacido, saliva, tumor.

Anatomical variation in a newborn: bilateral accessory parotid gland. Case report.
SUMMARY

The parotid gland is an anatomical variation that may be present in up to 20% of the population, being, in most cases, asymptomatic and, in many of them, of unknown existence. In this article we include a review of the bibliography of this anatomical variant which is presented as a result of a clinical case diagnosed in a newborn in our hospital. Our patient is a preterm newborn of 34 weeks who was hospitalized in neonatal ICU due to prematurity, underweight and IUGR type II. During his hospitalization doctors find out a swelling in both cheeks which was confirmed with ultrasounds and diagnosed of bilateral accessory parotid gland.

Key words: parotid, newborn, spit, tumor.

Introducción

La glándula parótida (*para*=al lado de; *otos*=oído) es considerada la glándula salival mayor más grande de las descritas junto con la submandibular y sublingual (1, 2). Histológicamente está constituida por acinos de naturaleza serosa y su función es secretar saliva ante estímulos sialogogos. La secreción salival de la parótida es excretada por el conducto parotídeo "de Stenon o Stensen". Anatómicamente, la glándula parótida describe prolongaciones que se extienden más allá de los límites de la celda parotídea, que pueden llegar a aislarse de la glándula parótida principal y constituir una glándula parótida accesoria (GPA).

La GPA es una variación anatómica poco frecuente en la población humana (20%). Se trata de una pequeña glándula de aproximadamente 0.5-1 cm de diámetro, localizada generalmente a 6 mm de la región anterior de la parótida, entre la piel y el músculo masetero, a lo largo de una línea imaginaria que se extiende desde el trago hasta un punto intermedio entre el ala de la nariz y el borde del labio. En la mayoría de los casos, esta drena en el conducto de Stenon a través de un conducto accesorio. El contenido de la saliva producida por una GPA difiere en la producida por la parótida principal, que produce una saliva con menor viscosidad que la producida por las GPA (contienen acinos mucosos y serosos), con lo que al ser producida por acinos mixtos, la saliva de las GPA es más pegajosa, contribuyendo al desarrollo de parotiditis.

En la mayoría de los casos la presencia de una glándula parótida accesoria es asintomática y por tanto de existencia desconocida en quienes la presentan. Sin embargo, existe un porcentaje de pacientes en los que esta variante puede llegar a manifestarse en forma de complicaciones como la parotiditis,

o incluso, en casos más graves como un tumor maligno. Por este motivo consideramos de relativa importancia la necesidad de conocer la existencia y saber cómo diagnosticar este tipo de alteraciones de la forma más precoz posible, evitando así futuras complicaciones.

La incidencia de GPA en pacientes con parotiditis es del 71% , con lo que la glándula parótida accesoria podría tener un rol en el desarrollo de parotiditis ya que interfiere con el flujo salival (3), aunque la causa más frecuente de parotiditis se cree que es el flujo salival disminuido. Sin embargo, se ha determinado que la presencia de una GPA es, a su vez, más frecuente en pacientes con parotiditis, con una incidencia del 59%. (4)

También relacionados con las GPA, aunque con una incidencia mucho menor, encontramos los tumores de parótida accesoria, con una frecuencia del 1%-7.7% del total de tumores glandulares, siendo el 50-74% de ellos tumores benignos, aunque estos tumores malignizan con mayor frecuencia que los tumores de la glándula parótida principal. Estos tumores tienen relevancia clínica por la relación existente entre esta estructura y el nervio bucal, el cual representa una vía aferente de diseminación tumoral perineural.

Se suele manifestar como una masa asintomática en la mejilla que debe reconocerse y llevarnos a pensar en su

amplio diagnóstico diferencial (Tabla 1).

Ante la duda durante la exploración física, se pueden realizar pruebas complementarias como la ecografía, TC, PAAF, etc, siendo la ecografía suficiente para el diagnóstico.

Reporte de caso

La variación anatómica reportada en el presente artículo fue observada durante la evolución clínica de un paciente neonato en el Área de Neonatología del Servicio de Pediatría del Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria.

Se trata de un recién nacido pretérmino de 34 semanas de edad gestacional, CIR tipo II, fruto de la primera gestación de una madre de 18 años.

Antecedentes maternos de interés: grupo sanguíneo O Rh positivo, no hábitos tóxicos, diabetes mellitus tipo I con mal control metabólico, vitíligo y tiroiditis crónica autoinmune desde los 11 años con anticuerpos antiTPO y antiTG positivos, tratada con Eutirox 50 mcg.

Antecedentes perigestacionales: gestación única, presentación cefálica, parto mediante cesárea electiva, amniorraxis intraoperatoria, líquido claro, Test de Apgar 6/6 y pH 7. Nace sin esfuerzo respiratorio, hipotónico y con una frecuencia cardíaca en torno a 100 lpm. Se introduce en bolsa de polietileno y se inicia soporte respiratorio con doble presión (PIP 20 mmHg, PEEP 7 mmHg), FiO2 máxima 0.4, tras lo que remonta la frecuencia cardíaca por encima de 100 lpm pero sin recuperar el esfuerzo respiratorio, por lo que a los 5 minutos se decide intubación orotraqueal y se traslada en incubadora de transporte a la UCI neonatal sin incidencias. Se extuba a las 4 horas de vida sin precisar más soporte respiratorio.

Antropometría al nacimiento: peso 1598 g (p10), longitud 39.5 cm (p<10), perímetro cefálico 29 cm (p10). Exploración física anodina. Pérdida de peso máxima 8.9%, recuperando el peso al nacimiento a los 7 días de vida.

Durante su estancia en UCI neonatal presenta las siguientes complicaciones:

- Acidosis metabólica que precisa reposición de bicarbonato el primer día de

Tabla 1

Tumor benigno/maligno de glándula parótida
Necrosis grasa
Quiste de la glándula parótida
Tumor anexial
Tumor neural
Enfermedad metastásica
Enfermedad de Kimura
Hemangiomas y otras malformaciones vasculares
Tumores de la glándula parótida accesoria

Tabla 1: Diagnóstico diferencial de tumoración en la mejilla.

vida.

- Hipoglucemia precoz asintomática en sus primeras horas de vida que se corrige con sueroterapia endovenosa presentando posteriormente durante los primeros tres días de vida hiperglucemias que precisan perfusión de insulina.
- Miocardiopatía hipertrofia sin obstrucción al tracto de salida y estenosis pulmonar leve, sin repercusión hemodinámica, confirmado por ecocardiografía tras objetivar un soplo sistólico I/VI en borde paraesternal izquierdo que no se irradia. Se recomienda seguimiento en consultas externas de Cardiología Infantil.
- Trombocitopenia grave (26000/mm³ plaquetas), sin signos de sangrado, que no requiere transfusión y que se normaliza a los 11 días de vida.
- Sepsis clínico-analítica precoz al nacimiento, recibiendo tratamiento antibiótico endovenoso durante 7 días.

Permanece en UCI neonatal hasta los 11 días de vida tras lo que se traslada a Cuidados Intermedios con un peso de 1745 g. Durante su estancia hospitalaria, a los 23 días de vida, se objetiva una tumefacción bilateral de 2.5 cm, no adherida a planos profundos, sin signos de inflamación en región maxilar bilateral. Ante estos hallazgos se solicita ecografía de la zona en la que se informa de imagen hiperecoica en tejido subcutáneo de ambas mejillas y medialmente a las parótidas, que se extiende hacia plano profundo como pirámide invertida e imagen tubular en su interior que sugiere la presencia de parótida accesoria bilateral, sin signos de complicación (Figuras 1 y 2). Finalmente, es

dado de alta a su domicilio a los 25 días de vida, siendo su edad posmenstrual de 37+2 semanas y con un peso de 2110 g.

Discusión

La localización más frecuente de la GPA es con relación al conducto parotídeo y en el tercio medio de la cara externa del músculo masetero, aunque existen otras localizaciones no tan frecuentes, con lo que existe un patrón de diversidad en la relación anatómica de este tipo de variantes.

La presencia de GPA es clínicamente relevante porque en casos de tumor localizado a este nivel puede confundirse con un tumor de origen no salival, como el lipoma y fibrolipoma, consideradas tumoraciones benignas, que representan el 1% de los tumores orales frente a los parotídeos que suelen ser malignos requiriendo incluso la parotidectomía como alternativa quirúrgica. Conocer de antemano a los pacientes con esta variación anatómica puede ser útil a la hora de evitar un retraso en la elaboración de un diagnóstico clínico y, consecuentemente, un tratamiento oportuno.

La incidencia de esta característica anatómica se estima en un 20%, aunque no hay evidencias de estudios en nuestro país que estimen la prevalencia e incidencia de estos casos y la descripción de este tipo de variaciones suele hacerse mediante estudios postmortem.

La GPA es una variación anatómica poco frecuente sobre la que no existe demasiada evidencia científica reportada y no se ha visto asociación de su presencia con el sexo, etnia u otras variables demográficas. La presencia de una GPA clínicamente es relevante

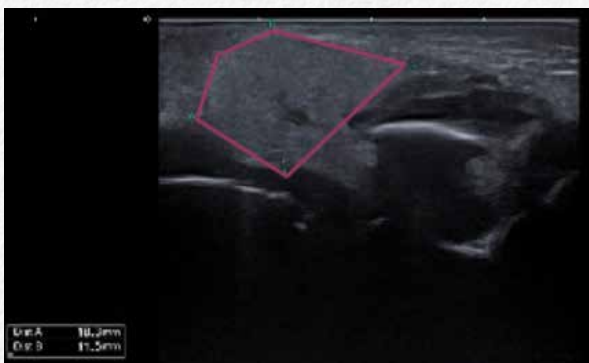


Figura 1: Ecografía de partes blandas. Parótida accesoria derecha.

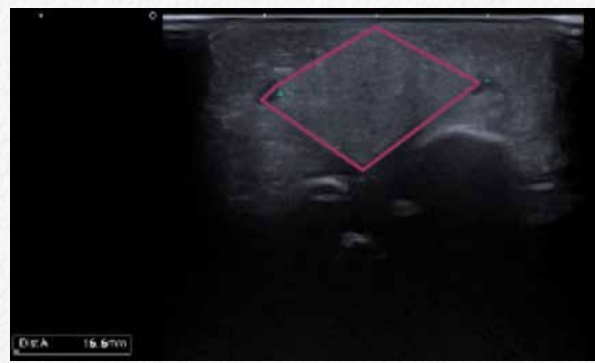


Figura 2: Ecografía de partes blandas. Parótida accesoria izquierda.

porque en caso de ser voluminosas o de desarrollar tumores, pueden producir efectos compresivos sobre la rama bucal del nervio facial y la rama bucal del nervio mandibular ocasionando alteraciones motoras en la región facial bucal y compromiso en la sensibilidad de la mucosa del carrillo.

Bibliografía

1. Moore K, Dalley A. Anatomía con orientación clínica, 5ª ed. México: Editorial Médica Panamericana 2008, p. 954
2. Netter F, Norton N. Anatomía de cabeza y cuello para odontólogos, 2ª ed. Barcelona: Elsevier Masson 2012, pp. 196-210
3. Zhu W, Hu F, Liu X, Guo S, Tao Q. Role of the accessory parotid gland in the etiology of Parotitis: Statistical analysis of sialographic features. PLoS One 2016; 11:e0150212
4. Sun G, Hu Q, Tang E, Yang X, Huang X. Diagnosis and treatment of accessory parotid-gland tumors. J Oral Maxillofac Surg 2009; 67:1520-1523

Carta de presentación

Los autores del artículo declaramos que hemos leído y aprobado el manuscrito y garantizamos la honestidad de su contenido. Asimismo declaramos no tener ningún tipo de interés económico o de cualquier tipo que pueda suponer un conflicto de interés. Por último damos nuestro consentimiento para ceder los derechos de publicación del presente artículo a la revista.

