

## Parotiditis Aguda Epidémica y Estrogenoterapia

Por el Dr. Abelardo A. Brenes Ibarra \*

El presente brevísimo trabajo sobre la parotiditis aguda epidémica — con especial referencia a la influencia de los estrógenos en la prevención de la orquitis — está basado en el análisis de 66 casos observados en nuestro Servicio del Hospital San Juan de Dios.

**EDAD:** El material clínico a nuestro cargo está constituido por pacientes mayores de 12 años. No estamos, pues, en condiciones de hacer consideraciones acerca de la edad de predilección para la presentación de dicha enfermedad en nuestro propio material hospitalario, ya que los enfermos menores de 12 años son atendidos en el Servicio de Pediatría. Es sabido que esta enfermedad ataca preferentemente a individuos de 5 a 15 años, así como a jóvenes adultos. Raramente son afectados niños menores de 5 años.

**SEXO:** La parotiditis ataca por igual a ambos sexos. 42 de nuestros 66 casos eran hombres, lo cual representa un 64%. Este moderado predominio de presentación en sujetos del sexo masculino es más aparente que real; es debido a que pasada la pubertad hay una franca tendencia a la presentación de la orquitis y siendo esta complicación más frecuente, más seria y más dolorosa que la homóloga (ooforitis) en las mujeres, obliga a internarse en el hospital a un mayor número de sujetos del sexo masculino.

**MORTALIDAD:** La parotiditis por sí misma no suele producir la muerte del enfermo. Algunas de sus complicaciones han sido capaces de causar decesos, tales como meningo-encefalitis o pancreatitis agudas, edema de la glotis, etc. Todos nuestros 66 enfermos se recuperaron.

**HIPERTERMIA:** La duración media de la pirexia en la totalidad de los casos fue de 7 días. En aquellos casos que cursaron sin complicaciones el promedio fue de 6 días. En los pacientes en que se presentó la orquitis, la duración media de la hipertermia fue de 9 días.

**COMPLICACIONES:** Las posibles complicaciones de la parotiditis son: Orquitis u ooforitis; mastitis (en ambos sexos, pero más frecuente en el femenino). Complicaciones en el sistema nervioso central, tales como: encefalitis, meningitis o meningo-encefalitis; neuritis de los pares craneales (óptico, facial y auditivo); polineuritis. Pancreatitis aguda y aún diabetes consecutiva a la parotiditis. En casos en que ha habido ataque a las glándulas submaxilares ha sido reportado edema de la glotis. Otras compli-

\* Del Servicio de Enfermedades Infecto-contagiosas del Hospital "San Juan de Dios".

caciones de mucha menor importancia por su rareza son: Nefritis, artritis, bronquitis, bronconeumonía, hipertrofia tiroidea, edema de la lengua asociado a ataque solitario de las glándulas sublinguales, etc.

### CONSIDERACIONES GENERALES ACERCA DE LA ORQUITIS POSTPAROTIDITIS

La más importante y frecuente complicación es la orquitis y de ahí que enfocaremos nuestra atención al análisis de su incidencia en nuestra serie de enfermos, haciendo consideraciones acerca de su posible prevención.

Hay una definida relación entre el desarrollo sexual y la presentación de la orquitis o epidídimo-orquitis como complicación de la parotiditis. El cuerpo del testículo, el epidídimo o ambos pueden estar afectados, siendo el proceso patológico esencial esclerosis parenquimatosa e intersticial. La necrosis consecutiva a la compresión que puede resultar produce atrofia de los testículos, la que puede presentarse en un 60% de los casos. Ello no significa pérdida completa de la función, aún cuando el órgano puede quedar permanentemente disminuido en tamaño. La secuela de la orquitis puede ser disminución del poder sexual y aún feminismo cuando es bilateral. Es muy discutida la verdadera incidencia de la esterilidad. La orquitis es habitualmente unilateral y ocurre más frecuentemente después de la pubertad. La incidencia varía en las diversas estadísticas desde un 10 hasta un 50%. Se consideran sumamente raros los casos de orquitis sobrevenidos en el curso de la parotiditis en sujetos menores de 12 años. Como regla la orquitis se presenta cuando la pirexia ha desaparecido (5 a 8 días después del comienzo de los síntomas) y las parótidas han empezado a disminuir de tamaño. En nuestro lote de enfermos la orquitis apareció, como promedio, al quinto día de iniciada la sintomatología de la parotiditis. Una brusca elevación de la temperatura cuando ya ha remitido y alcanzado cifras normales, debe hacer pensar de inmediato en la existencia de una complicación, la que en la mayoría de los sujetos jóvenes es la orquitis. Con una sola excepción, en todos nuestros casos la presentación de la orquitis se acompañó de una nueva elevación de la temperatura, la que en ocasiones fué muy acentuada. El desarrollo de esta complicación suele ser rápido y espectacular, si bien en ocasiones es lento e insidioso. Excepcionalmente la orquitis precede a la parotiditis y aún en ocasiones muy raras es la orquitis la única manifestación de la enfermedad, pues la inflamación de las parótidas no se presenta. Sólo en uno de nuestros casos la orquitis apareció primero, no siendo sino dos días después que se manifestó la inflamación de las parótidas.

---

**Resultados de la estrogénoterapia en la prevención de la orquitis**

1. Bases fisiopatológicas del tratamiento: Como dijimos anteriormente, la orquitis post-paroditis ocurre raramente en sujetos menores de 12 años. Es después de la pubertad, cuando el desarrollo sexual se ha iniciado, que aumenta notablemente su incidencia. De ahí que se haya recomendado administrar estrógenos durante el curso de la paroditis con el objeto de colocar transitoriamente al enfermo en condiciones semejantes a las de los sujetos impúberes.

Dosis de 4 miligramos diarios de dietilbestrol durante 7 días han sido recomendadas y en esa forma se ha logrado reducir la frecuencia de la orquitis que varía en las diversas estadísticas de un 10 a un 50%—hasta un 3.9%.

Los resultados de este tratamiento son superiores a los obtenidos con la globulina gamma de suero de convalecientes, con la que la incidencia de la orquitis ha sido abatida hasta un 7.8%. Con el empleo de globulina gamma de plasma humano combinado, la orquitis se ha presentado en un 20.9% de los casos.

2. Material de estudio: El lote de 66 pacientes se ha dividido en dos series: La primera comprende 20 casos (9 hombres y 11 mujeres), observados de Setiembre de 1946 a Diciembre de 1947. La segunda serie está constituida por 46 casos (33 hombres y 13 mujeres), estudiados de Diciembre de 1947 a Junio de 1949.

La primera serie no es tomada en consideración por dos razones:

a) 7 de los 9 pacientes del sexo masculino presentaban ya la citada complicación cuando ingresaron al Hospital, pues fué precisamente para el tratamiento de la orquitis que se les internó.

b) Los únicos dos sujetos que no desarrollaron orquitis no fueron tratados con estrógenos.

De los 33 hombres de la segunda serie se descartan 14 que fueron hospitalizados cuando ya habían desarrollado la orquitis.

Nos referiremos, pues, únicamente al grupo de 19 sujetos de la segunda serie que ingresaron sin orquitis y que fueron tratados con estrógenos.

3. Los resultados de la estrogénoterapia en nuestros enfermos: En los primeros pacientes ensayamos un esquema de tratamiento de 6 días con dosis de 3 miligramos diarios de dietilbestrol, administrado por vía intramuscular. Sin embargo, 2 enfermos—que apenas habían recibido 6 y 9 miligramos en el curso de 2 y 3 días respectivamente y en los que, además, el tratamiento se instituyó tardíamente—presentaron orquitis. Ello nos demostró la conveniencia de seguir el esquema que ha sido reco-

mendado de 7 días con 4 miligramos diarios y desde entonces no se volvió a presentar la citada complicación.

Así, pues, de los 19 pacientes del sexo masculino que ingresaron sin orquitis y que fueron sometidos a la estrógeno-terapia, en 2 (11%) se presentó dicha complicación. Si tomamos en consideración que en estos dos enfermos el tratamiento se inició tardíamente y en que además, la dosis empleada fué ligeramente menor que la recomendada, hemos de reconocer que los resultados de esta terapéutica en nuestro pequeño grupo de enfermos han sido excelentes.

Creemos útil proseguir las observaciones con el objeto de obtener resultados aún más concluyentes. Por otra parte conven-  
dría estudiar comparativamente la acción de los estrógenos administrados por vía oral, tratando de establecer la dosis mínima adecuada por esta vía.

#### Sumario

66 casos de parotiditis aguda epidémica en pacientes de ambos sexos se analizan someramente.

Se hacen consideraciones acerca de la orquitis sobrevenida en el curso de la parotiditis—complicación sumamente rara antes de la pubertad pero frecuente después de ella—con base en el estudio de 21 casos que ingresaron al Hospital con la citada complicación, así como 2 que la desarrollaron después de haber sido internados.

Se selecciona un grupo de 19 enfermos mayores de 12 años que fueron sometidos a tratamiento con dietilestilbestrol; solamente 2 presentaron orquitis como complicación de la parotiditis, probablemente debido al hecho de que las dosis usadas en estos dos casos fueron menores de las recomendadas.

Se consideran excelentes los resultados de esta terapéutica.

#### Summary

66 cases of acute epidemic parotitis in both sexes are briefly analyzed.

Some comments are made about orchitis following acute parotitis; this complication is very rare before puberty, but frequent after it. The observations are based on the study of 21 cases that were admitted to the Hospital with orchitis, and also 2 cases that developed it after admission.

One group of 19 patients, over 12 years of age, was submitted to treatment with stilbestrol. Only 2 of these 19 patients developed orchitis, probably due to the fact that the doses used in these 2 cases were less than recommended.

The results of this treatment are considered excellent.