

Vista creada el 07/02/2026 a las 06:01 h

Parotiditis

Enero 2026

1. INTRODUCCIÓN

La parotiditis epidémica es una enfermedad infectocontagiosa aguda causada por el virus de la parotiditis cuya característica principal es la tumefacción de las glándulas salivares, especialmente las parótidas. Secularmente, ha afectado sobre todo a los niños entre 5 y 14 años. Sin embargo la edad de mayor prevalencia se ha desplazado desde que se introdujo la vacunación sistemática en los calendarios de vacunación infantiles, ocurriendo ahora la mayoría de los casos en adolescentes y adultos jóvenes. En un 40 % de los infectados puede presentarse una infección inaparente. A pesar de la efectividad de la vacunación sistemática frente a la enfermedad, siguen produciéndose casos y brotes epidémicos, que se atribuyen en gran parte a un descenso de los anticuerpos protectores con el tiempo. Entre los casos declarados en la Región Europea entre 2007 y 2022, hasta un 49 % habían recibido una o dos dosis de vacuna, sugiriendo la posibilidad de la presentación de parotiditis modificada (*breakthrough*).

2. EL PATÓGENO

- La parotiditis está producida por un virus RNA monocatenario perteneciente a la familia de los *Paramyxoviridae*, género *Rubulavirus*, un serotipo y 12 genotipos (A-L).
- En Europa, varios genotipos han sido identificados como cepas circulantes: D, F, G, H y J; actualmente el genotipo circulante más aislado es el G1.
- En su composición tiene dos proteínas de superficie principales: la hemaglutinina-neuraminidasa y la proteína de función. El virus es sensible al calor y a los rayos ultravioleta.

3. EPIMEDIOLOGÍA y transmisión

- En todos los países se notifican brotes que afectan fundamentalmente a adolescentes y adultos jóvenes, que en su mayoría han recibido alguna dosis de vacuna. En EE. UU. en el periodo 2015-16 los CDC comunicaron brotes en varios campus universitarios, con un total de 6336 casos, mientras que en el periodo 2017-18 se notificaron 2251 casos. Durante 2020–2022, hubo una gran reducción en los casos de paperas probablemente debido a las medidas de prevención de COVID-19, con 150-700 casos comunicados anualmente.
- La vacuna frente a la parotiditis ya ha sido introducida en 123 Estados miembros de la OMS, la mayoría de países que no la tienen introducida se hallan en África y Asia. Aunque la parotiditis se controló inicialmente con éxito mediante la vacunación en países de alto índice de desarrollo humano elevado, comenzaron a producirse brotes esporádicos de parotiditis en todo el mundo. De manera que cómo prevenir y controlar brotes de parotiditis se ha convertido en un nuevo problema de salud pública; ya que se ha visto que hasta el 70 % de los pacientes con antecedentes de vacunación conocidos habían recibido dos dosis de la vacuna contra el sarampión, parotiditis y rubeola (SRP) antes de padecer la enfermedad.
- En Europa, 27 Estados miembros de la UE en 2022 declararon 2593 casos, 1089 confirmados, siendo los países con más casos Polonia (922), España (524) e Italia (308), que suponen el 68 % del total (figura 32.1). 7 países no declararon ningún caso. En 2022 la tasa es de 0,7 casos por 100.000 habitantes, cifra ligeramente superior a la de 2021 (0,4), pero significativamente inferior a la tasa de notificación observada en los tres años anteriores (2020:1,7; 2019:4,2; 2018:2,6). El grupo más afectado fue el de 1 a 4 años, seguido del de 5 a 9 años en tasas, poque en números absolutos lo fue el de 5 a 9 seguido del de 1 a 4 años y de los de más de 30 años. La media de edad fue de 10 años, menor que la de los 4 años previos que osciló entre 13 y 21 años. La hospitalización fue poco frecuente (9 %) y el 61 % de las complicaciones (orquitis, pancreatitis y meningitis) se dieron en los de más de 30 años. No se informaron fallecimientos por esta causa. En 2022, la cobertura de vacunación de los países de la UE/EEE fue del 92 % para la primera dosis y del 90 % para la segunda dosis. Las estimaciones de cobertura de vacunación observadas indican que en muchos países, la vacunación infantil sistemática contra las vacunas que contienen sarampión está por debajo del nivel recomendado para lograr y mantener la eliminación del sarampión. Sólo cuatro países de la UE/EEE (Eslovaquia, Hungría, Polonia y Portugal) alcanzaron el 95 % para dos dosis en 2022, no estando España entre ellos.
- En comparación con las parotiditis, los casos de sarampión y rubeola rara vez ocurren en personas con dos dosis de la vacuna SRP, lo que sugiere que existen determinados factores que pueden influir en su efectividad. Se han planteado varias razones para explicar este fenómeno inesperado: disminución de la inmunidad después de la vacunación en ausencia de refuerzo natural; y la eficacia de la vacuna, que ha variado según las dosis de vacunación y las diferentes cepas de virus utilizadas para la producción de la vacuna contra la parotiditis (ya que desde el año 2005 circula el genotipo G1 de forma mayoritaria y la vacuna contiene el genotipo A).

• En España ha persistido la aparición de ondas de la enfermedad cada 3 a 5 años, significando que el virus causal sigue circulando en la comunidad. Los más recientes brotes epidémicos, en 2012 y 2013, se han detectado en las CC. AA. de Asturias y Madrid incidiendo sobre todo en centros escolares y empresariales. En 2016 se notificaron 4696 casos (tasa: 10,1/100 000 habitantes), con tasas más altas en Aragón, Castilla y León y Galicia. La mayor parte de los casos de parotiditis declarados en nuestro país corresponden a individuos de más de 15 años, no vacunados o vacunados entre 1993 y 1999 con una vacuna SRP cuyo componente antiparotiditis, la cepa Rubini, resultó escasamente inmunógeno. En 2020 se declararon 6359 casos y en 2021 1095, disminuyendo claramente. En 2023 se declararon 2587 casos frente a 2192 en 2022, 1103 en 2021 y 6359 que se declararon en 2020. Hasta la semana 12 de 2024, con datos provisionales, se han declarado 668 casos. Por otro lado, de acuerdo al segundo estudio de seroprevalencia en España, se ha observado que la seroprevalencia de anticuerpos frente a parotiditis es elevada entre los 2 y los 14 años, a partir de entonces, la inmunidad empieza a decaer.

• El único reservorio y hospedador del virus de la parotiditis es el ser humano. La transmisión se realiza a través de gotas o aerosoles infectados originados en la orofaringe. La presentación de la parotiditis es estacional, con la aparición de casos principalmente en invierno y primavera.

• Generalmente los contactos se infectan antes de que aparezca la tumefacción de las parótidas (1 a 7 días antes y de 7-9 después del comienzo de la tumefacción); la máxima transmisibilidad ocurre entre 2 días antes a 4 días después del inicio de los síntomas, aunque se acepta que el paciente tiene capacidad infectiva desde el 12.º día hasta el 25.º posterior a la exposición. Se infectan un tercio de los contactos susceptibles y las infecciones subclínicas pueden transmitir la enfermedad.

• El período de incubación es de 14-25 días, con un promedio de 19, tras replicación en nasofaringe y ganglios linfáticos se produce la viremia y se propaga a las glándulas salivares, páncreas, testículos, ovarios, incluso al SNC. El virus se elimina por la saliva y la orina..

4. CLÍNICA Y COMPLICACIONES

• El 10-20 % de las infecciones son asintomáticas, entre el 40-50 % presentan clínica inespecífica, como un catarro de vías altas, y un 40 % presenta la clínica típica.

• Los criterios clínicos para el seguimiento y declaración en el ECDC de casos de parotiditis son: a) fiebre y, al menos, dos de los siguientes: b) comienzo súbito y tumefacción de las glándulas parótidas, c) orquitis o d) meningitis.

• La tumefacción en las glándulas parótidas es el signo más característico y frecuente (más del 70 % de los casos). En condiciones normales la glándula no es palpable, pero en los casos de parotiditis epidémica progresa rápidamente a la máxima tumefacción. Entre un 30-40 % de los casos la tumefacción es unilateral, pero en la mayoría de los casos es bilateral desde un principio.

• Los síntomas sistémicos incluyen fiebre moderada, cefalea, malestar general, anorexia y dolor abdominal. La fiebre cede en el transcurso de una semana, antes de que desaparezca la tumefacción de la glándula que puede persistir más de 10 días. Los casos de parotiditis “breakthrough” parece que presentan un curso clínico más larvado.

• Hasta en el 10 % de los casos se pueden afectar otras glándulas salivares (submaxilares, sublinguales) y los orificios de salida de la saliva de todas las glándulas pueden presentar edema y enrojecimiento.

• La segunda manifestación en orden de importancia es la orquitis, aparece entre un 20-50 % de los casos. Aproximadamente un tercio de los varones pospuberales afectados de parotiditis, desarrollan orquitis, que habitualmente sigue a la parotiditis, aunque puede precederla o aparecer en su ausencia. Su aparición puede ser en la 1.ª o 2.ª semana. La orquitis bilateral es mucho menos frecuente (30 %) y la atrofia gonadal puede seguir a la parotiditis. Los varones prepубerales pueden desarrollar orquitis, pero es muy rara antes de los 10 años. Pueden acompañarla síntomas sistémicos como fiebre alta, que suele ceder tras una semana de duración. La esterilidad es una consecuencia muy rara, incluso en los casos en los que la orquitis haya sido bilateral. La Ooforitis en las niñas ocurre en el 5 % de los casos.

• La meningoencefalitis, afectación del SNC, por el virus de la parotiditis no es infrecuente y se manifiesta habitualmente como meningitis, siendo más rara la encefalitis. La meningitis, llamada urliana, precede a la parotiditis o también puede aparecer en su ausencia, pero generalmente se produce durante la primera semana y suele acompañarse de fiebre, cefalea, náuseas, vómitos y meningismo. No son frecuentes las alteraciones del sensorio ni la existencia de convulsiones. La encefalitis, poco frecuente, entre el 0,02-0,3 %, es una complicación grave que puede conducir a la muerte.

• En estudios en los que se realiza punción lumbar de forma rutinaria se objetiva como en un elevado número de casos de parotiditis (55 %) y sin evidencias clínicas de afectación del SNC, existe pleocitosis en el LCR, siendo el cultivo del virus positivo. El pronóstico en estos casos es muy bueno y la recuperación total.

• Otras manifestaciones son:

• Pancreatitis, que cursa con dolor abdominal, escalofríos, fiebre y vómitos.

• Al igual que en otras enfermedades víricas, es posible la aparición de un exantema cutáneo que suele ser de tipo morbiliforme y que desaparece rápidamente.

• Neuritis de los nervios faciales, como la neuritis del nervio auditivo (1/3400 a 1/20 000) que conduce a la sordera neurosensorial; el comienzo es brusco con tinnitus, ataxia y vómitos, seguidos de sordera permanente unilateral, en el 80 % de los casos.

• Con menor frecuencia se describen edema preesternal por obstrucción del drenaje linfático del cuello, artritis, miocarditis, tiroiditis, nefritis, hepatitis, mastitis, prostatitis, anemia hemolítica y trombopenia.

- La enfermedad durante el primer trimestre de la gestación se ha asociado a aborto espontáneo, pero no a malformaciones congénitas.

5. DIAGNÓSTICO

- El diagnóstico se realiza fundamentalmente por la clínica; la amilasa sérica elevada puede servir de ayuda para confirmar que es la parótida la glándula afectada por la inflamación, pero dado que otros virus pueden producir parotiditis no epidémica, la confirmación se realiza en la fase aguda, mediante la detección de IgM positiva o por la positividad en nasofaringe, en orina o LCR de la PCR-viral, determinación más sensible y específica; en la fase de convalecencia por la demostración de la seroconversión o de un aumento cuádruple de la IgG.
- En el diagnóstico diferencial se debe incluir la parotiditis esporádica causada por otros agentes como el virus Epstein-Barr, el citomegalovirus o el parainfluenza, entre otros, así como por causas no infecciosas como los cálculos, tumores o la parotiditis recidivante juvenil.

6. PREVENCIÓN

- La única forma de inmunoprevención de la parotiditis es la vacunación sistemática durante la infancia, actualmente practicada con la vacuna triple vírica (en la segunda dosis, 12 CC. AA. en 2024 utilizan la tetravírica). Una dosis a los 12 meses de edad procura tasas de seroconversión de alrededor del 94 %, que se acercan al 100 % tras 2 dosis de la vacuna. Son necesarias coberturas vacunales del 85-90 % para lograr inmunidad de grupo, disminuir la transmisión y hacer posible la eliminación del virus. La cobertura en España en el año 2023 ha sido del 96,1 % para la primera dosis y del 91,8 % para la segunda dosis. Debemos pues vigilar la evolución de la cobertura de la 2.ª dosis.
- Ante la existencia de un caso se recomiendan medidas de aislamiento hasta 5 días después del inicio de la tumefacción parotídea y la vacunación con 2 dosis de vacuna, de los contactos susceptibles no vacunados, con vacuna triple vírica o tetravírica, según el caso.
- La parotiditis vírica es una enfermedad de declaración obligatoria individual. Deben declararse todos los casos: sospechosos, probables y confirmados. Se completará la encuesta epidemiológica que se enviará a la Unidad de Vigilancia Epidemiológica y siempre que sea posible, se completarán los datos de centro educativo o de trabajo de los casos, para poder identificar los brotes.
- Ante un brote de parotiditis en poblaciones bien vacunadas puede considerarse, de acuerdo con las autoridades locales de salud pública, la administración de una 3.ª dosis de SRP, estrategia que algunos estudios y los CDC consideran útil para su control. La vacunación y la inmunoprofilaxis pasiva tras una exposición a la parotiditis probablemente no prevengan la enfermedad, ni modifiquen su curso clínico y por lo general no se recomiendan, pero se podría valorar en brotes epidémicos, ya que en todo caso poner una dosis adicional no constituye ningún riesgo relevante.

Ir al [capítulo de la vacuna de la parotiditis en el Manual de Inmunizaciones en línea de la AEP](#).

7. TRATAMIENTO

- El tratamiento es sintomático, con analgésicos y antitérmicos. Se recomienda evitar los alimentos que favorecen la salivación, como los ácidos, y beber abundantes líquidos.
- Los antibióticos no están indicados, salvo en el caso de complicaciones bacterianas supurativas en las parótidas.

8. BIBLIOGRAFÍA

- Bankamp B, *et al.* Successes and challenges for preventing measles, mumps and rubella by vaccination. *Curr Opin Virol.* 2019;34:110-6.
- Casabona G, *et al.* Combined measles-mumps-rubella-varicella vaccine and febrile convulsions: the risk considered in the broad context. *Expert Rev Vaccines.* 2023;22:764-76
- Centers for Disease Control and Prevention. [Casos y brotes de paperas](#).
- Centers for Disease Control and Prevention. [Mumps](#). *Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases*. Atkinson, W., Wolfe, S., Hamborsky, J. eds. 14th ed. Washington DC: Public Health Foundation, 2021.
- Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. [Boletín en red](#).
- Comité Asesor de Vacunas (CAV-AEP). [Calendario de Vacunaciones e Inmunizaciones de la Asociación Española de Pediatría. Razones y bases de las recomendaciones 2026](#). [Internet]. Madrid: AEP; 2026.
- Comité Asesor de Vacunas (CAV-AEP). [Parotiditis](#). *Manual de inmunizaciones en línea de la AEP* [Internet]. Madrid: AEP; ene/2025.
- European Centre for Disease Prevention and Control. Mumps. [Annual epidemiological reports](#).

- European Centre for Disease Prevention and Control. [Facts. Mumps](#) .
- Hiebert J, *et al.* Mumps resurgence in a highly vaccinated population: Insights gained from surveillance in Canada, 2002–2020. *Vaccine*. 2023;41:3728-39.
- Kaaijk P, *et al.* A Third Dose of Measles-Mumps-Rubella Vaccine to Improve Immunity Against Mumps in Young Adults. *J Infect Dis*. 2020;221:902-9.
- Kauffmann F, *et al.* Measles, mumps, rubella prevention: how can we do better? *Expert Rev Vaccines*. 2021;20:811-26.
- Limia Sánchez A, *et al.* 2.º Estudio de Seroprevalencia en España, 2017-2018. *Rev Esp Salud Pública*. 2021;95:18 de marzo e202103059es.
- Marlow MA, *et al.* CDC guidance for use of a third dose of MMR vaccine during outbreaks. *J Public Health Manag Pract*. 2020;26:109-15.
- Portal Estadístico del Ministerio de Sanidad. [SIVAMIN](#) . Cobertura de Vacunación de triple vírica año 2024
- Our world data. [Which countries include mumps vaccines in their vaccination schedules? 2021](#) .
- Rubin SA, Plotkin SA. Mumps vaccine. En: Plotkin SA, Orenstein WA, Offit PA. *Vaccines*. 6th edition. Elsevier Saunders. 2013:419-46.
- Su SB, *et al.* Current Status of Mumps Virus Infection: Epidemiology, Pathogenesis, and Vaccine. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17:1686.
- Terol Barrero P. Parotiditis epidémica. En: *Manual de Pediatría Manuel Cruz-Hernández*. 4.ª edición. Editorial Ergon. ISBN: 978-84-17194-65-9. 2020: p. 437-8.
- Vizonti C, *et al.* Immune response to co-administration of measles, mumps, and rubella (MMR), and yellow fever vaccines: a randomized non-inferiority trial among one-year-old children in Argentina. *BMC Infect Dis*. 2023;23:165.

Dirección URL original: <https://vacunasaep.org/profesionales/enfermedades/parotiditis>