

Síndrome de Frey en una lactante.

Fernanda Martín P¹, Carmen Bruning V², Horacio Cox³.

¹Dermatóloga, Servicio de Dermatología Clínica Alemana Santiago; ²Dermatóloga, Servicio de Dermatología Clínica Alemana Santiago; ³Pediatra, Servicio de Pediatría Clínica Alemana Santiago.

Lactante de sexo femenino, de 3 1/2 meses de edad al momento de la consulta; nació de parto normal por vía vaginal apoyado instrumentalmente, pesando 3,700Kg.

La madre relata que desde los pocos días de nacida, la niña presenta leve eritema de mejilla derecha cada vez que la amamanta y que desde el tercer mes se le forma una placa eritematosa edematosa en esa mejilla en relación a ingesta de jugo de naranja o similar y que dura aproximadamente 30 minutos (Figura 1).

El síndrome de Frey o síndrome auriculotemporal fue descrito por Lucía Frey en 1923. Son episodios recurrentes de eritema y sudoración faciales desencadenados tras un estímulo gustativo. Es relativamente frecuente en la población adulta tras la presencia de una lesión parotídea ya sea infecciosa, tumoral, traumática o quirúrgica.

Tiene una incidencia del 12% al 25% en pacientes sometidos a parotidectomía sin embargo hay escasos reportes en población pediátrica.

Se desconoce la etiopatogenia exacta en el paciente pediátrico pero se piensa que hay una regeneración aberrante de las fibras nerviosas del nervio auriculotemporal, secundario a la lesión previa. La regeneración provoca la fusión inadecuada de fibras parasimpáticas (que dan lugar a secreción salivar) y simpáticas (que dan lugar a vasodilatación y sudoración). Tras el estímulo gustativo se produce una estimulación simpática, con eritema e hiperhidrosis local.

En el paciente pediátrico no suelen existir el antecedente tumoral, quirúrgico o traumático. Sin embargo, el antecedente de uso de fórceps durante el parto e inicio de los síntomas durante el 1er año de vida hacen suponer que se trate de una regeneración aberrante del nervio auriculotemporal secundario a este trauma. Cuando no hay este antecedente se presume la presencia de una conexión nerviosa aberrante de causa congénita.

El diagnóstico es eminentemente clínico y la confirmación diagnóstica se realiza mediante la prueba de provocación, fácil

y de costo cero, la clínica es inmediata al estímulo gustativo y no dura más de 1 hora.

El diagnóstico diferencial es principalmente con la alergia alimentaria. En el síndrome de Frey las pruebas de alergia alimentaria son negativas, se localiza de preferencia en una mejilla aún cuando puede manifestarse en ambas y están ausentes otros síntomas asociados a la alergia alimentaria como son la diarrea, los vómitos y el angioedema.

No requiere de tratamiento ya que es autorresolutiva en el mediano plazo y por ende no es necesaria la exclusión de los alimentos desencadenantes.

En pacientes adultos se han ensayado varios tratamientos con resultados de escasa o nula respuesta. La toxina botulínica tiene cierta utilidad en pacientes adultos con hiperemia o hiperhidrosis.



Referencias bibliográficas

- Martínez-Baylach J, Aragón T, Galdós H, Herrera C, Rubio de Abajo I. Frey's syndrome secondary to an obstetrics trauma: Presentation of 2 cases and a review of the literature. *An Pediatr (Barc)*. 2010;72(4):272-274.
- Suarez Castañón C, Mallado MJ, Joaquín López N, Villota Arrieta J, García López - Hortelano M. Síndrome de Frey: una entidad a diferenciar de la alergia alimentaria. *Rev. Esp. Ped.* 2011;67(5): 270-271.

Correspondencia: Fernanda Martín P.
Correo electrónico: mmartin@alemana.cl