

Cirugía y Cirujanos

Volumen
Volume 70

Número
Number 2




Marzo-Abril
March-April 2002

Artículo:




Parotiditis postanestésica

Derechos reservados, Copyright © 2002:
Academia Mexicana de Cirugía

Otras secciones de
este sitio:

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

*Others sections in
this web site:*

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)



Medigraphic.com

Parotiditis postanestésica

Acad. Dr. Raúl Carrillo-Esper,* Dra. Sahira Salinas-Ruiz,** Dr. Jorge A González-Salazar,**
Dr. Antonio Hernández-Rayón,** Dr. Alejandro Cruz-Suárez Mendoza,** Dra. Verónica González***

Resumen

Objetivo: describir un caso de parotiditis postanestésica y revisar la literatura.

Lugar: Unidad de Terapia Intensiva de hospital de tercer nivel.

Reporte del caso: paciente masculino de 66 años, hipertenso, sometido a evacuación de hematoma cerebral parenquimatoso localizado en los núcleos de la base izquierdos. El manejo anestésico fue a base de etomidato, vecuronio, fentanyl y sevoflurano. Cuatro horas después del procedimiento presentó aumento de volumen en región parotídea izquierda así como hiperamilasemia. En la tomografía axial computada se observó crecimiento de la parótida izquierda sin afección de espacios adyacentes. Los cultivos y el panel viral negativos. Se hizo el diagnóstico de parotiditis postanestésica y el manejo fue a base de antiinflamatorios y extubación temprana. El crecimiento parotídeo se resolvió a las 72 hrs.

La parotiditis postanestésica es una entidad poco frecuente y autolimitada, secundaria a retención de saliva, y a edema glandular de etiología multifactorial.

Palabras clave: parotiditis postanestésica, hiperamilasemia, crecimiento parotídeo.

Summary

Objective: To describe a case report of postanesthetic parotitis and literature revision.

Setting: Intensive care unit of a tertiary-level hospital.

Case Report: Sixty-six-year-old male, hypertensive, with extensive parenchymal hemorrhage at left basal nuclei surgically resolved. Anesthetic management was effected with etomidate, vecuronium, fentanyl, and sevoflurane. Four h after surgery, the patient developed an enlargement of the left parotid gland and hyperamylasemia. Computed axial tomography (CAT) revealed enlargement of the left parotid gland without affection of adjacent tissue. Bacterial cultures and viral panel were negative. Diagnosis of postanesthetic parotitis was established and the patient treated with antiinflammatory drugs and early extubation, showing clinical and laboratory relief 72 later.

Postanesthetic parotitis is a self limited and low-frequency entity associated to anesthetic and endoscopic procedures. It is secondary to glandular edema and saliva retention.

Key words: Postanesthetic parotitis, Hyperamylasemia, Parotid enlargement.

Introducción

El crecimiento de la glándula parótida es secundario a procesos infecciosos, infiltrativos, neoplásicos, síndrome de Sjögren, sialolitiasis, desnutrición y enfermedad hepática. También se ha relacionado a procedimientos invasivos como endoscopia digestiva y broncoscopia rígida. La parotiditis asociada a procedimientos anestésicos fue reportada por pri-

mera vez en 1968 por Attas y colaboradores. Es una entidad poco frecuente y cuya incidencia en nuestro medio desconocemos. El objetivo de la presente comunicación es describir un caso de esta entidad y revisar la literatura^(1,2).

Caso clínico

Enfermo de 66 años con hipertensión arterial sistémica mal controlada. Ingresó al hospital con cuadro clínico caracterizado por: deterioro neurológico rápidamente progresivo que lo llevó al estado de coma y presión arterial sistémica de 190/140 mmHg. Se practicó tomografía axial computada (TAC) de cráneo en donde se observó hemorragia cerebral parenquimatosa extensa en núcleos de la base izquierdos con efecto de masa caracterizado por desplazamiento de la línea media de más de 5 mm y colapso del sistema ventricular. Ingresó a la Unidad de Terapia Intensiva y una vez que se estabilizó, se programó para drenaje del hematoma parenquimatoso. La inducción de la anestesia se realizó con 250 µg de fentanyl, 20 mg de etomidato, y se relajó con 8 mg de vecuronio. El mantenimiento fue a base de sevoflurano al 2% con oxígeno al 100% e infusión de fentanyl con

* Academia Mexicana de Cirugía. Profesor Titular de Postgrado de Medicina del Enfermo en Estado Crítico. Jefe del Servicio de Terapia Intensiva HCSAE, PEMEX.

** Residentes de Medicina del Enfermo en Estado Crítico HCSAE, PEMEX.

*** Residente de Medicina Interna HCSAE, PEMEX.

Solicitud de sobretiros:

Acad. Dr. Raúl Carrillo-Esper
Periférico Sur. No. 4091. Col. Fuentes del Pedregal.
CP 14140. Tel y Fax: 56 45 16 84, ext. 51155.

Recibido para publicación: 14/11/2001.

Aceptado para publicación: 21/02/2002.

una dosis total de 650 µg. La cabeza se posicionó en flexión con cabezal de Mayfield. El transoperatorio cursó sin complicaciones. No se revirtió el efecto del relajante muscular ni se utilizó atropina. Reingresó al Servicio de Terapia Intensiva intubado y con sonda nasogástrica. El tubo endotraqueal se encontraba posicionado lateralizado a la izquierda.

La evolución hemodinámica y neurológica fue satisfactoria. Cuatro horas posteriores al procedimiento quirúrgico-anestésico desarrolló incremento de volumen de la región parotídea izquierda, llegando a su máximo a las 24 h. (Figura 1).

A la exploración física se detectó crecimiento de la parótida izquierda, con diámetro de 10 x 5 cm la cual se encontraba indurada de consistencia ahulada, lisa, fija y sin áreas de fluctuación y/o crepitación. A la exploración de la cavidad oral se encontró: buen estado de hidratación, lengua saburral, caries en piezas dentales, y la desembocadura del conducto de Stenon izquierdo con moderado eritema y edema, no se observó drenaje de material purulento. No se presentó crecimiento del resto de las glándulas salivales. La amilasa sérica en 400 U/dl. (Normal 16-108 UI/dl). No se realizó determinación de isoenzima salival ni depuración de amilasa/creatinina. Se efectuó TAC de región parotídea, observándose crecimiento de parótida izquierda, siendo éste homogéneo, sin zonas hipodensas, ni compromiso de estructuras y espacios adyacentes. Con moderada dilatación de los conductos salivales. No se observaron calcificaciones en el parénquima glandular o en el sistema de conductillos (Figura 2).

Con lo anterior se hizo el diagnóstico de parotiditis postanestésica. El manejo fue a base de limpieza de la cavidad oral, antiinflamatorios, extubación y retiro de la sonda nasogástrica, posterior a lo cual la evolución fue satisfactoria, involucionando la parótida a su tamaño normal a las 72 h. con disminución progresiva de los niveles de amilasa hasta

normalizarse al tercer día, presentando la siguiente evolución: primer día 400 UI/dl, segundo día 200 UI/dl, tercer día 80 UI/dl. A la exploración clínica de la cavidad oral se observó resolución del edema y eritema que se presentaba alrededor de la desembocadura del conducto de Stenon.

Los cultivos de saliva obtenidos del conducto de Stenon izquierdo y el panel viral para virus de parotiditis (paramixovirus) y otros virus (citomegalovirus, herpes) resultaron negativos. No se realizó biopsia de parótida por el tipo de padecimiento y su rápida involución. Se descartó pancreatitis mediante tomografía computada de abdomen.

Discusión

El crecimiento de las glándulas salivales relacionado a procedimientos invasivos que involucran la cavidad oral es una entidad poco frecuente. Blackford en 1944 fue el primero en reportar esta entidad posterior a broncoscopia rígida y Attas en 1968, fue el primero en relacionarlo a intubación endotraqueal y procedimientos anestésicos. Ha recibido los nombres de: parotiditis postanestésica, parotiditis de la anestesia, edema transitorio de la glándula parótida secundario a anestesia general, parotiditis recurrente posterior a endoscopia y crecimiento benigno de la glándula parótida relacionado con procedimiento anestésico⁽³⁾.

Su incidencia es baja, describiéndose de acuerdo a la serie revisada de 1/1000 a 3/2500 por procedimientos endoscópicos. La serie de Couper es la que describe el mayor número de casos asociado a procedimientos anestésicos⁽⁴⁻⁶⁾.

La glándula más afectada es la parótida, describiéndose crecimiento uni o bilateral, pero hay reportes en la literatura



Figura 1. Fotografía clínica en la que se observa aumento de volumen en la región parotídea izquierda (flechas).

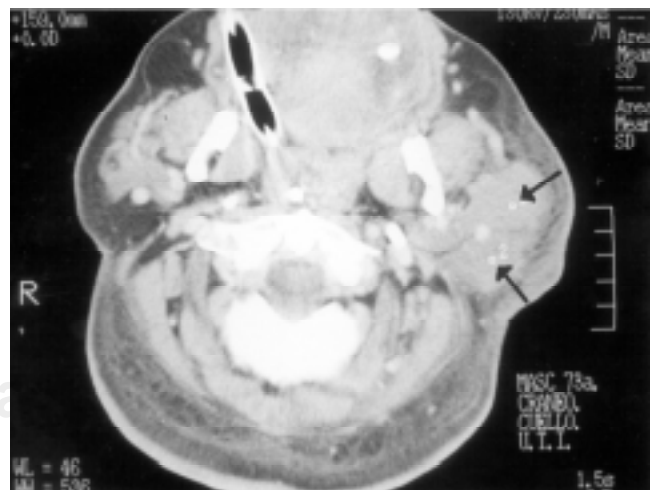


Figura 2. Tomografía axial computada (TAC) de región parotídea en donde se observa crecimiento de parótida izquierda (flechas).

en los que se describe el involucro de todas las glándulas salivales⁽⁷⁻⁹⁾.

La parotiditis postanestésica es secundaria a un mal drenaje de la secreción salival y a edema de la glándula, de etiología multifactorial. Los mecanismos fisiopatológicos descritos son los siguientes:

La presencia en la cavidad oral de endoscopios, laringoscopios y tubos orotraqueales condicionan inflamación de los orificios de drenaje de las glándulas salivales con obstrucción de éstos, lo que produce bloqueo al flujo libre de saliva. En este punto es importante mencionar que se han realizado estudios canulando los conductos de drenaje de las glándulas salivales afectadas no encontrando obstrucción, ni incremento en la producción de saliva⁽¹⁰⁾.

La posición del paciente durante el procedimiento anestésico o endoscópico (flexión cefálica forzada, decúbito prono), asociada al esfuerzo de toser y a la presencia de riendas que fijan el tubo orotraqueal firmemente y que se encuentran sobre las glándulas salivales, produce dificultad en el retorno venoso de éstas, lo que condiciona congestión venosa y edema^(9,10).

Fármacos de uso frecuente durante los procedimientos anestésicos como son los narcóticos y la atropina producen constricción de los conductos de drenaje de las glándulas salivales con acúmulo de saliva y crecimiento subsecuente⁽¹¹⁾.

Se han descrito casos aislados en la literatura en donde el crecimiento de la glándula es secundario a infección bacteriana. Los gérmenes aislados en estos casos han sido *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus α-haemolyticus*, *N. faringitidis*. Se ha relacionado al mal aseo de la cavidad oral y a la presencia de gingivitis, lo cual favorece el arrastre bacteriano y colonización de los conductos de drenaje salival durante el procedimiento endoscópico y/o anestésico con infección secundaria.

Esta entidad se presenta de quince minutos a veinticuatro horas posteriores al procedimiento endoscópico y/o anestésico. Clínicamente se manifiesta con aumento de volumen de la glándula involucrada (comúnmente la parótida) que habitualmente es dolorosa y puede asociarse a febrícula, leucocitosis e hiperamilasemia. La sialografía es normal, y en el ultrasonido se observa crecimiento homogéneo de la glándula⁽²⁾.

La parotiditis postanestésica se autolimita, involucionando de 24 a 72 horas. Hay algunos autores que recomiendan el uso de antiinflamatorios. La canulación y drenaje del conducto de Stenon se ha descrito en algunos casos tanto para drenaje salival como para toma de cultivos.

El caso reportado en este artículo es característico de la parotiditis postanestésica. La etiología pudo haber estado relacionada a la administración de fentanyl y al efecto mecánico de la posición de la cabeza durante la cirugía (flexión) y del tubo endotraqueal. Se descartó la presencia de proceso infeccioso bacteriano y/o viral. El crecimiento parotídeo involucionó rápidamente en cuanto se inició el antiinflamatorio, se extubó al paciente y retiró la sonda nasogástrica. Es el primer reporte en la literatura en relación a esta entidad en el que se practica TAC de glándula parótida para corroborar el diagnóstico.

La parotiditis postanestésica es una entidad poco frecuente y autolimitada, secundaria a la retención de saliva y a edema glandular de etiología multifactorial.

Referencias

1. Attas M, Sabawala PB, Jeats AS. Acute transient sialadenopathy during induction of anesthesia. *Anesthesiology* 1968; 29:1050-1052.
2. Carrillo ER, Rodríguez MF. Crecimiento benigno de la glándula parótida, relacionado con procedimiento anestésico. *Anest Mex* 1996;4:221-223.
3. Blackford RW. Recurrent swelling of the parotid and submaxillary glands following bronchoscopy. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1944;53:54-64.
4. Couper JL. Benign transient enlargement of the parotid glands associated with anaesthesia. *S Afr Med J* 1973;47:316-318.
5. Shields HM, Soloway RD, Long WB, et al. Bilateral recurrent parotid gland swelling after endoscopy. *Gastroenterology* 1977;73:164-165.
6. Slaughter RL, Boyce HW Jr. Submaxillary gland swelling developing during peroral endoscopy. *Gastroenterology* 1969;57:83-88.
7. Reilly DJ. Benign transient swelling of the parotid glands following general anesthesia: "anesthesia mumps". *Anesth Analg* 1976;49:560-563.
8. Bonchek LI. Salivary gland enlargement during induction of anesthesia. *JAMA* 1969;209:1716-1718.
9. Gordon MJ. Transient submandibular swelling following esophago-gastroduodenoscopy. *Am J Dig Dis* 1976;21:507-508.
10. Maynard JD. Recurrent parotid enlargement. *Br J Surg* 1965;52:784-789.
11. Kenningham J. An unusual case of postoperative facial swelling. *Anaesthesia* 2000;55:601-602.