

**CASO CLÍNICO**

Vol. 30. No. 3 Julio-Septiembre 2007
pp 176-179

Parotiditis asociada a intubación orotraqueal. Reporte de un caso y revisión de la literatura

Dr. Raúl Carrillo-Esper,* Dr. Juan José Núñez-Bacarreza,** Dr. Alejandro Balbuena-Carrillo***

* Jefe de UTI Fundación Clínica Médica Sur. Profesor Titular del Curso de Medicina del Enfermo en Estado Crítico. UNAM.

** Residente de segundo año de Medicina del Enfermo en Estado Crítico. Fundación Clínica Médica Sur.

*** Residente de tercer año de Medicina Interna. Fundación Clínica Médica Sur.

Solicitud de sobretiros:

Dr. Raúl Carrillo Esper

Servicio de Terapia Intensiva. Fundación Clínica Médica Sur. Puente de Piedra Núm. 150, Col. Toriello Guerra. 14050.

seconcapcma@mail.medinet.net.mx

Dr. Juan José Núñez Bacarreza Servicio de Terapia Intensiva. Fundación Clínica Médica Sur.

juanjosenuba@hotmail.com

Recibido para publicación: 22-06-07

Aceptado para publicación: 20-07-07

RESUMEN

Objetivo: Describir un caso de parotiditis asociada a intubación orotraqueal y revisión en la literatura. **Reporte del caso:** Paciente femenino de 76 años, ingresó a la Unidad de Terapia Intensiva por cuadro de insuficiencia respiratoria, secundaria a neumonía. Requirió de intubación orotraqueal y colocación de sonda nasogástrica. A las 24 h se observó aumento de volumen y consistencia de parótida derecha, con ultrasonido que mostró mediciones en parótida derecha de 6.52 x 4.22 cm en relación a la izquierda de 4.12 x 2.03 cm. Se estableció diagnóstico de parotiditis y manejo basado en antiinflamatorios, retiro de sonda nasogástrica, así como lateralización derecha del tubo orotraqueal. La evolución fue satisfactoria, con involución en el tamaño y consistencia de la parótida derecha en las siguientes 48 horas con el tratamiento instituido. **Conclusiones:** La parotiditis postanestésica es una entidad poco frecuente y auto-limitada, secundaria a retención de saliva y edema glandular de etiología multifactorial.

Palabras clave: Parotiditis postintubación, parotiditis postanestésica, edema parotídeo.

SUMMARY

Objective: Describing a case report of post-intubation parotiditis and reviewing related literature. **Case report:** A 76-year-old female patient was admitted to the ICU with diagnosis of respiratory failure secondary to pneumonia. The patient required orotracheal intubation and nasogastric tube. After 24 hours with mechanical ventilatory support, the patient developed enlargement of the right parotid gland. Ultrasound revealed a right parotid gland measuring 6.52 cm by 4.22 cm, compared to the left gland, which measured 4.12 cm by 2.03 cm. A diagnosis of post-intubation parotiditis was made and the patient was treated with anti-inflammatory drugs, showing clinical relief within 72 hours. **Conclusions:** Post-intubation parotiditis is a rare and self-limited disorder associated to anesthetic and endoscopic procedures. It is secondary to glandular edema and saliva retention.

Key words: Post-intubation parotiditis, post-anesthetic parotiditis, parotid enlargement.

INTRODUCCIÓN

La parotiditis asociada a intubación es una causa poco frecuente de inflamación parótidea. Es secundaria a mal drenaje de la secreción salival y a edema de la glándula. La característica común es la manipulación orofaríngea, ya sea para intubación u otros procedimientos como colocación de mascarilla laríngea, endoscopía digestiva o broncoscopia⁽¹⁾.

El objetivo del presente reporte es describir un caso clínico de esta entidad y revisar la literatura.

CASO CLÍNICO

Paciente de 76 años que ingresó a la Unidad de Terapia Intensiva por cuadro de insuficiencia respiratoria, secundaria a neumonía. Requirió de intubación orotraqueal y ventilación mecánica. Debido a distensión gástrica se colocó sonda nasogástrica por narina derecha. A las 24 horas, en el examen físico, se observó aumento de volumen en región parótidea derecha; a la palpación la glándula parótida aumentada de consistencia y tamaño, de superficie granular (Figura 1). Las mediciones externas de 9 x 4 cm en relación al lado izquierdo de 6 x 3 cm. El tubo orotraqueal lateralizado a la derecha. La cavidad oral sucia, con gingivitis, saliva espesa y placas blanquecinas en la superficie de la lengua y la mucosa oral. No se pudo observar la desembocadura del conducto de Stenon derecho por la presencia de detritus celulares. Se realizó ultrasonido de ambas glándulas parótidas donde se observó parótida derecha de 6.56 cm en su diámetro longitudinal y 4.22 cm de transverso sin alteraciones en la ecogenicidad ni colecciones intra o extraparótidea (Figura 2). La parótida izquierda de 4.12 cm y 2.03 cm res-

pectivamente. Las determinaciones de amilasa en rango normal. Se hizo el diagnóstico de parotiditis asociada a intubación y se manejó a base de retiro de sonda nasogástrica, lateralización del tubo orotraqueal a la izquierda, aseo de cavidad oral y superficie de la lengua con antisépticos, irrigación de la desembocadura del conducto de Stenon derecho con antiinflamatorios y fenilefrina.

La evolución clínica de la enferma fue satisfactoria, con involución en el tamaño y consistencia de la parótida derecha en las siguientes 48 horas con el tratamiento instituido. En el ultrasonido de control la glándula parótida derecha con diámetro longitudinal de 4.4 cm y transverso de 2.0 cm y parótida izquierda de 3.3 cm y 1.1 cm respectivamente (Figura 3).



Figura 2. Ultrasonido de glándula parótida derecha. Nótese el crecimiento y textura homogénea de la glándula. (6.5 x 4.2 cm). No se observan colecciones intra o extraparótidea.



Figura 1. Parotiditis secundaria a intubación orotraqueal. Nótese el aumento de volumen en región parótidea derecha (flechas). El tubo orotraqueal reposicionado a la izquierda.



Figura 3. Ultrasonido de parótida derecha. Nótese la disminución en el tamaño de la glándula parótida. (4.4 x 2 cm).

DISCUSIÓN

El primer reporte de parotiditis asociada a manipulación orofaríngea e intubación fue en 1944 por Blackford⁽²⁾, en 1968 se describe el primer caso posterior a un procedimiento anestésico por Attas⁽³⁾ y Reilly⁽⁴⁾; en 1970 se acuña el término de *parotiditis postanestésica* para denominar a esta entidad a la que también se le ha referido como edema transitorio de la glándula parótida, secundaria a anestesia general, parotiditis recurrente posterior a endoscopía y crecimiento benigno de la glándula parótida relacionado a procedimiento anestésico. Su incidencia es baja y es de acuerdo a la serie revisada de 1/1,000 a 3/2,500 por procedimiento. La serie de Couper es la que describe el mayor número de casos asociados a procedimientos anestésicos⁽⁵⁾.

La parotiditis asociada a intubación se define como la inflamación uni o bilateral de las glándulas salivales mayores, que puede aparecer durante la inducción anestésica, el mantenimiento o en el postoperatorio, cuyo cuadro clínico va desde un leve aumento de volumen de la glándula hasta la obstrucción de la vía aérea por ésta⁽⁶⁾.

Habitualmente está relacionada con un procedimiento anestésico, pero se han descrito casos secundarios a broncoscopías, endoscopías, y recientemente hay una publicación de esta entidad, secundaria a colocación de mascarilla laríngea⁽⁷⁾.

La etiopatogenia es multifactorial y está relacionada a:

- Tubos orotraqueales, endoscopios, broncoscopios, sondas y mascarillas laríngeas en la cavidad oral que bloquean el flujo de salida de la saliva.
- La posición del enfermo durante el procedimiento anestésico o endoscópico (flexión cefálica forzada, decúbito prono), asociada al esfuerzo tisígeno 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.
- Medicamentos como opioides y atropina que provocan contricción de los conductos de drenaje de la glándula por su actividad anticolinérgica y el espesamiento de la saliva⁽⁸⁾.

- Manipulación de la cavidad orofaríngea que induce estimulación del sistema parasimpático e hiperemia, vasodilatación e inflamación de la glándula salival⁽⁹⁾.
- 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 *Sphaphylococcus aureus*, *Streptococcus haemolyticus* y *Neisseria faringitidis*. Se han relacionado a 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 la manipulación orofaríngea.

El diagnóstico se hace en base a la sospecha clínica y se corrobora con ultrasonido o tomografía computada. Habitualmente los niveles de amilasa son normales y en ocasiones hay elevación de la isoenzima salival. El diagnóstico diferencial es con crecimiento de la glándula parótida secundaria a procesos infecciosos, infiltrativos, neoplásicos, síndrome de Sjögren, sialolitiasis, desnutrición, enfermedad hepática y en casos agudos como el presente con hematomas, enfisema o edema local⁽¹⁰⁾.

La parotiditis postanestésica, como lo observamos en este caso, se autolimita involucionando en 24 a 72 horas.

En este paciente la parotiditis fue secundaria a la intubación orotraqueal y lateralización del tubo a la derecha, lo que asociado a la mala higiene oral contribuyó a la obstrucción de la desembocadura del conducto de Stenon. La evolución fue satisfactoria con el tratamiento instituido, el cual como según se reporta en la literatura consistió en aseo bucal frecuente, lavados con vasoconstrictores y antiinflamatorios a nivel local, así como recolocación del tubo para aliviar la obstrucción de la desembocadura del conducto de Stenon.

CONCLUSIONES

La parotiditis asociada a intubación orotraqueal es una entidad poco conocida, relacionada con procedimientos invasivos de la cavidad orofaríngea que se caracteriza por la inflamación aguda y transitoria de las glándulas salivales.

REFERENCIAS

1. Carrillo-Esper R, Salinas S, González J, Hernández A, González V. Parotiditis postanestésica. Cir Ciruj 2002;70:102-104.
2. Blackford RW. Recurrent swelling of the parotid and submaxillary glands following bronchoscopy. Ann Otol Rhinol Laryngol 1944;53:54-64.
3. Attas M, Sabawala PB, Jeats AS. Acute transient sialadenopathy during induction of anesthesia. Anesthesiology 1968; 29:1050-1052.
4. Reilly DJ. Benign transient swelling of the parotid glands following general anesthesia: «anesthesia mumps». Anesth Analg 1970;49:560-563.
5. Couper JL. Benign transient enlargement of the parotid glands associated with anesthesia. S Afr Med J 1973;47:316-318.
6. Kiran S, Lamba A, Chabra B. Acute pansialadenopathy during induction of anesthesia causing airway obstruction. Anesth Analg 1997;85:1052-1053.

7. Bermejo AMA, Fernández C, Rodríguez D, Díaz M. Parotiditis aguda transitoria secundaria a anestesia general con mascarilla laringea. *Rev Esp Anestesiol* 2000;47:371-372.
8. Gilsanz F, Álvarez J, Martínez R, Vaquero J. Transient parotid gland swelling after neurosurgical procedures. *J Neurosurg Sci* 1988;32:123-125.
9. Bonchek LI. Salivary gland enlargement during induction of anesthesia. *JAMA* 1969;209:1716-1718.
10. Goixart SL, Biadia M, Campi D, Trujillano J, Alcega R, Villanova J. Parotiditis aguda tras traqueostomía en cuidados intensivos. *Med Intensiva* 2002;30:276-282.