

Parotiditis aguda transitoria posanestésica tras anestesia regional por bloqueo espinal subaracnoideo

Postanesthetic transient acute parotitis after subarachnoid spinal block regional anesthesia

Dra. Aneitte Melis Suárez, MSc. Gerardo Luis García García, MSc. Erlinda García Ceballos, MSc. José Antonio Cabana Salazar

Hospital Militar Docente "Dr. Mario Muñoz Monroy". Matanzas, Cuba.

RESUMEN

Objetivo: describir un caso de parotiditis aguda transitoria, posterior a anestesia regional por bloqueo espinal subaracnoideo para esterilización quirúrgica y revisión de la literatura.

Reporte del caso: paciente femenina de 32 años, sin antecedentes de enfermedad asociada que se programó de forma electiva para salpingectomía bilateral y se realizó anestesia regional por bloqueo espinal subaracnoideo. A las seis horas del posoperatorio se observó un progresivo aumento bilateral de volumen de la glándula parótida, se interpretó como una parotiditis aguda y se trató con vitaminoterapia y antibiótico. Hubo evolución con recuperación progresiva total del cuadro de forma espontánea tres horas después, y fue dada de alta hospitalaria al día siguiente.

Conclusión: la parotiditis aguda transitoria posanestésica no solo se debe asociar a la instrumentación de la cavidad orofaríngea durante la anestesia general, pues debe tenerse en cuenta su diagnóstico luego del empleo del sulfato de atropina en cualquier acto anestésico general o regional.

Palabras clave: parotiditis aguda transitoria posanestésica, bloqueo espinal subaracnoideo.

ABSTRACT

Objective: to describe a case of transient acute parotitis, after regional anesthesia by subarachnoid spinal block for surgical sterilization and literature review.

Case report: 32 year old female patient with no history of associated disease was scheduled for bilateral salpingectomy and regional anesthesia was spinal subarachnoid block was used. Six hours after the operation there was a progressive bilateral increase of parotid gland volume, which was interpreted as acute parotitis and she

was treated with vitamin therapy and antibiotics. Evolution with total progressive recovery was observed spontaneously three hours later, and the patient was discharged from hospital the following day.

Conclusion: postanesthetic transient acute parotitis should not be only associated with the instrumentation of oropharyngeal cavity for general anesthesia, since its diagnosis should be noted after using atropine sulfate in any general or regional anesthesia.

Key words: postanesthetic transient acute parotitis, subarachnoid spinal block.

INTRODUCCIÓN

La parotiditis tras una anestesia general es una complicación poco frecuente y transitoria. En la actualidad su etiología no está bien definida, pero los casos descritos coinciden en que responde a la manipulación de la cavidad orofaríngea en correspondencia con las maniobras de intubación y procedimientos anestésicos en general.^{1,2} Nuestro trabajo se basa en que es una entidad casi infrecuente, pero aún más raro en casos donde se haya empleado anestesia regional, donde no hubo manipulación de la vía aérea superior. A continuación describimos el caso de una paciente que presentó una parotiditis aguda transitoria, posterior a anestesia regional por bloqueo espinal subaracnoideo para esterilización quirúrgica.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina, raza blanca, peso de 68,2 Kg y 32 años de edad, sin antecedentes de enfermedad asociada, exámenes de laboratorio y físico dentro de límites normales e historia de anestesia anterior de empleo de anestesia local para cirugía menor. Se programó de forma electiva por multiparidad e intolerancia al dispositivo intrauterino (DIU) y se realizó como tratamiento quirúrgico salpingectomía bilateral en un primer turno quirúrgico.

La paciente ingresó en el servicio de cirugía ambulatoria, y en la sala de preoperatorio se canalizó vena periférica con trócar No.18; se infundió 500 mL de dextrosa al 5 % y como medicación preanestésica se empleó 10 mg de diazepam asociado a 75 mg de diclofenaco IV. Una vez en el quirófano y luego de haber administrado 1 000 mL de cloruro de sodio al 0,9 % se monitorizó y en decúbito lateral izquierdo se realizó anestesia regional por bloqueo espinal subaracnoideo, con trócar No. 25 a través del espacio L2-L3. Se inyectó 75 mg de lidocaína hiperbárica y se obtuvo un nivel de anestesia correspondiente a D8-D9. Durante la intervención quirúrgica, que duró 20 min, se administró una dosis de 10 mg de sulfato de efedrina, y 0,5 mg de sulfato de atropina a los 5 min de realizada la técnica anestésica por cierto grado de disminución de la tensión arterial de 120/80 mmHg a 90/60 mmHg y la frecuencia cardiaca de 72 lat/min a 56 lat/min, y se mantuvo estabilidad hemodinámica durante el intraoperatorio y posoperatorio inmediato.

A las 6 h de la intervención quirúrgica se observó un progresivo aumento bilateral de volumen en el área correspondiente a la glándula parótida, por lo que fue valorada por el especialista de maxilofacial. A la palpación existía una zona indurada, no

adherida a planos profundos, sin crepitación, y luego de descartar un problema directamente relacionado con el acto quirúrgico, se interpretó el caso como una parotiditis aguda y se trató con vitaminoterapia y antibiótico.

La evolución fue una recuperación progresiva total del cuadro, prácticamente de forma espontánea, tres horas después de haber sido valorada por el especialista. Fue dada de alta hospitalaria al día siguiente, con evolución satisfactoria.

COMENTARIOS

La primera referencia bibliográfica que encontramos relacionada con la inflamación aguda de glándulas salivares después de maniobrar la orofaringe fue descrita por *Blackford*³ en 1944, posterior a una broncoscopia rígida. El paciente presentó una inflamación aguda de la glándula parótida y submaxilar, pero no fue hasta 1968 que se describió una parotiditis aguda relacionada con un procedimiento anestésico.⁴ Posteriormente *Reilly*² señaló el término anglosajón *anesthesia mumps*. La parotiditis anestésica es una inflamación uni o bilateral de las glándulas salivares mayores que puede aparecer durante el intra y posoperatorio inmediato y las expresiones clínicas suelen ser desde un malestar y una leve inflamación de la parótida hasta un aumento de volumen con dificultad de la vía aérea superior.^{5,6}

El diagnóstico diferencial debe hacerse con la parotiditis epidémica producida por un paramyxovirus tras un período de incubación de tres semanas. La parotiditis bacteriana produce supuración a través del conducto de Stenon y signos de infección, y puede incluso producir una obstrucción de la vía aérea superior.⁷⁻¹⁰ Actualmente no se conoce con exactitud cuál puede ser la etiología, aunque parece ser multifactorial.

En nuestro caso, la inflamación afectó únicamente a las glándulas parótidas con ligera expresión sintomática, pero con el inconveniente de no haberse manipulado la vía aérea superior, por lo que pensamos en la posibilidad de que estuviera asociado al uso del sulfato de atropina.

La atropina es una droga anticolinérgica natural que compite con la acetilcolina en los receptores muscarínicos, localizados en el corazón, glándulas salivales y músculos lisos del tracto gastrointestinal y genitourinario.⁷

Las drogas anticolinérgicas actúan como antagonistas competitivos en los receptores colinérgicos muscarínicos, y previenen el acceso de la acetilcolina. Esta interacción no produce los normales cambios en la membrana celular que son vistos con la acetilcolina. Los efectos de las drogas anticolinérgicas pueden ser superados por el aumento de la concentración local de acetilcolina en el receptor muscarínico.⁷

Hay diferencias entre la potencia de las drogas anticolinérgicas (atropina, escopolamina y glicopirrolato), que pueden ser explicadas por las subclases de receptores muscarínicos colinérgicos (M-1, M-2, M-3) y por la variación en la sensibilidad de los diferentes receptores colinérgicos.⁷

Los fármacos utilizados durante el proceder anestésico, como el sulfato de atropina, producen constricción de los conductos de drenaje y espesamiento de la saliva, lo que podría desencadenar el proceso de parotiditis aguda transitoria posanestésica,^{8,9} pues de todas las glándulas salivales, la glándula parótida es generalmente la más afectada.¹⁰

A pesar de ser un proceso benigno, sin mayores consecuencias, que no requiere de tratamiento y con recuperación total en poco tiempo, es importante saber de esta

entidad para impedir exámenes complementarios, y preocupación a los médicos responsables y familiares.

Como conclusión afirmamos que la inflamación aguda y transitoria posanestésica de las glándulas salivares no solo se debe a la instrumentación de la cavidad orofaríngea durante la anestesia general, sino que también debe tenerse en cuenta su diagnóstico luego del empleo del sulfato de atropina, fármaco empleado con frecuencia en cualquier acto anestésico general o regional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Serviá Goixart L, Badía M, Campi D, Trujillano J, Alcega R, Vilanova J. Parotiditis aguda tras traqueotomía en Cuidados Intensivos. Med Intens [Internet]. 2006 [citado 27 octubre 2010]; 30(1):26-9. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0210-56912006000100006&script=sci_arttext
2. Reilly DJ. Benign transient swelling of the parotid glands following general anesthesia: "anesthesia mumps". Anesth Analg. 1970;49:560-3.
3. Blackford RW. Recurrent swelling of the parotid and submaxillary glands following bronchoscopy. Ann Otol Rhinol Laryngol. 1944;53:54-64.
4. Attas M, Sabawala PB, Jeats AS. Acute transient sialadenopathy during induction of anesthesia. Anesthesiology. 1968;29:1050-2.
5. Kiran S, Lamba A, Chabra B. Acute pansialadenopathy during induction of anesthesia causing airway obstruction. Anesth Analg. 1997;85:1052-3.
6. Gilsanz F, Álvarez J, Martínez R, Vaquero J. Transient parotid gland swelling after neurosurgical procedures. J Neurosurg Sci. 1988;32:123-5.
7. La Agenda del Anestesiólogo. Farmacología. Atropina [Internet]. 2010 [citado 27 octubre 2010]. Disponible en: <http://www.uam.es/departamentos/medicina/anesnet/agenda/farmacologia/atropina.htm>
8. Carrillo Esper R, Núñez Bacarreza JJ, Balbuena Carrillo A. Parotiditis asociada a intubación oro traqueal. Reporte de un caso y revisión de la literatura. Rev Mex Anesth. 2007;30(3):176-9.
9. Carrillo Esper R, Salinas Ruiz S, González Salazar JA, Hernández Rayón A, Cruz-Suárez Mendoza A, González V. Parotiditis postanestésica. Cir Ciruj. 2002;70:102-4.
10. Estrada Sarmiento A. Parotiditis crónicas recidivantes. Nuestra experiencia. Rev Cubana Estomatol. 1998;35(2):49-54.

Recibido: 12 de octubre de 2012.

Aprobado: 4 de diciembre de 2012.

Dra. *Aneitte Melis Suárez*. Hospital Militar Docente "Dr. Mario Muñoz Monroy". Matanzas. Cuba. Correo electrónico: revistamil@infomed.sld.cu