

Obstrucción crítica de la vía aérea superior por parotiditis supurada aguda

Sr. Director:

La parotiditis aguda supurativa es la inflamación de la glándula parotídea secundaria a una infección bacteriana. Enfermedad fundamentalmente nosocomial durante muchos años (por su relación con el contexto operatorio), su frecuencia ha ido disminuyendo paulatinamente, siendo su aparición en el ámbito extrahospitalario excepcional. Con un curso evolutivo benigno, ocasionalmente puede dar origen al desarrollo de obstrucción de la vía aérea superior¹. Presentamos aquí el caso de un paciente diagnosticado de parotiditis aguda supurada comunitaria, que cursó con un cuadro obstructivo de vías respiratorias superiores y que motivó la realización de traqueotomía de urgencia para preservar su vida.

Paciente de 56 años de edad, con antecedentes personales de cólicos nefríticos, que acude a nuestro hospital por presentar un cuadro de fiebre alta (hasta 39 °C), de 3 días de evolución, acompañada de odinofagia; en la exploración física se aprecia una faringe enrojecida, con tumoración dura y dolorosa en ambas parótidas. Es dado de alta domiciliaria con tratamiento con amoxicilina-ácido clavulánico y paracetamol orales, reingresando a las 24 h con edema generalizado en parte anterior y lateral del cuello, duro, acompañado de trismo. A las 3 h de su ingreso desarrolló cuadro de disnea progresiva secundaria a proceso obstructivo en vías respiratorias altas, resistente al empleo de corticoides, adrenalina y antihistamínicos, y se procedió finalmente a la realización de una traqueostomía de urgencia por insuficiencia respiratoria ante la imposibilidad de intubación oro-traqueal por el edema y tumefacción faríngea, ingresando con posterioridad en nuestra unidad.

Tratado con metilprednisolona, 100 mg i.v./8 h, metamizol magnésico, 2 g i.v./8 h, y amoxicilina-ácido clavulánico, 1 g i.v./6 h, tuvo una evolución satisfactoria en los días sucesivos, con disminución progresiva del edema cervical, el paciente fue dado de alta de nuestra unidad a los 8 días de su ingreso y con posterioridad decanulado en planta.

En los cultivos realizados de exudado de la glándula se obtuvo crecimiento de flora mixta, siendo la serología de parotiditis viral negativa.

Cada vez son menos los casos descritos de parotiditis aguda supurada, tanto en el ámbito comunitario como hospitalario pudiendo inducirnos a pensar que puede tratarse de una entidad infravalorada. Esta enfermedad sufrió un decremento en su frecuencia a partir de los años treinta, y a partir de los cuarenta fue prácticamente erradicada con el advenimiento de los nuevos antibióticos (fundamentalmente sulfonamidas y penicilinas)¹ y por la mejoría de los tratamientos quirúrgicos.

La obstrucción de la vía aérea puede ser debida a edema y extensión de la infección por los espacios parafaríngeos, incluso por rotura de un absceso localizado en la glándula, llegando a provocar obstrucción epiglótica², o de los tejidos blandos parafaríngeos. Esta complicación es muy infrecuente, salvo en el caso de la bilateralidad de la parotiditis (en el 20% de los casos)³. De hecho, en una búsqueda realizada en PubMed sin límite de fecha y cruzando los términos *upper airway obstruction*, *airway obstruction* y *parotitis*, sólo hemos hallado una cita¹, hecho que refrenda la bibliografía consultada. Otras afecciones pueden cursar de forma similar a la parotiditis y se puede también originar edema cervical y comprometer la vía aérea: quemaduras, traumatismos locales, angioedema, así como enfermedad infecciosa cervical diferente de la parotiditis (supraglotitis, fascitis necrosante cervical, síndrome de Lemierre, angina de Ludwig, abscesos retro o laterofaríngeos).

El tratamiento definitivo consiste en el empleo de la antibioterapia empírica, fundamentalmente betalactámicos, o con ayuda quirúrgica en el caso de formación de abscesos o cuando se identifique una causa orgánica que origine o favorezca la aparición de la parotiditis y que se pueda solventar mediante la cirugía⁴. La evaluación de la obstrucción de la vía aérea superior, con objeto de mantener su permeabi-

lidad, no difiere de la habitual, incluyendo una valoración visual (movilidad laríngea, retracción de la pared torácica, incoordinación de tórax y abdomen), táctil (sensación de flujo aéreo, posición de la tráquea en el cuello) y de la auscultación (estridor, ausencia de ruidos respiratorios), que pueden indicar una obstrucción total o parcial de la vía aérea.

En una situación en la cual la vía aérea se ve de forma progresiva comprometida en su permeabilidad, el asegurar la misma ha de realizarse sin retraso para salvaguardar la vida. La corticoterapia reduce el edema de forma significativa, previniendo una rápida progresión que pudiera llegar a provocar la obstrucción de la vía aérea superior, aunque puede tenerse que acudir a realizar una vía aérea artificial. Aparte de la intubación oro o nasotraqueal, cuando esto no es posible a causa del edema de glotis secundario a la progresión del edema de la cara y cuello, se puede proceder a una intubación electiva mediante broncofibroscopia. En caso de no disponer de ella, o no disponer del tiempo suficiente, habremos de realizar una vía aérea artificial del tipo de cricoidotomía o traqueotomía.

A. CÓRDOBA LÓPEZ, J. MONTERRUBIO VILLAR,
M.I. BUENO ÁLVAREZ-ARENAS Y G. CORCHO SÁNCHEZ
Unidad de Cuidados Intensivos.
Hospital Comarcal de Don Benito-Villanueva.
Don Benito. Badajoz.

BIBLIOGRAFÍA

1. Saunders PR; Macpherson DW. Acute suppurative parotitis: a forgotten cause of upper airway obstruction. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1991;72:412-4.
2. Spratt JS. The etiology and therapy of acute pyogenic parotitis. *Surg Gynecol Obstet* 1961;112:391-405.
3. Goldberg MH. Infections of the salivary glands. In: Topazian RG, Goldberg MH, editors. *Oral and maxillofacial infections*. Philadelphia: WB Saunders, 1987; p. 239-53.
4. Brook I, Frazier EH, Thompson DH. Aerobic and anaerobic microbiology of acute suppurative parotitis. *Laryngoscope* 1991; 101:170-2.