



P-153 - PAROTIDITIS COMPLICADA. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

M. Fernández Zambrano^a, A. Espada^b, C. Navarro^a, I. Sempere^b y A.B. Domínguez^c

^aCS Las Lagunas. ^bCS Arroyo de la Miel. ^cCS Albarizas.

Resumen

Descripción del caso: Mujer 39 años sin antecedentes personales de interés que acude a la consulta de Atención Primaria por tumoración en zona malar izquierda, refiere tener fiebre de hasta 39 °C e intenso dolor. Se diagnostica de parotiditis y se prescribe tratamiento antibiótico con amoxicilina-clavulánico y paracetamol para control de síntomas. Al no mejorar tras dos días de tratamiento antibiótico decide acudir al servicio de Urgencias, donde tras la exploración física, analítica, el mal estar general de la paciente y la mala evolución de esta con tratamiento ambulatorio, se decide realizar una interconsulta con el Servicio de Otorrinolaringología para valoración. Tras valoración se decide ingreso en su servicio para tratamiento intravenoso y realización de pruebas de imagen.

Exploración y pruebas complementarias: Regular estado general, afebril en el momento actual. Exploración Otorrinolaringología: tumoración retromandibular izquierda, dura, dolorosa, con calor y enrojecimiento local. Trismus con apertura de un través de dedo. Auscultación cardio-respiratoria: tonos rítmicos, sin soplos. Murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadidos. Analítica: leucocitosis 23.730 (82% neutrófilos, 8,2% linfocitosis), hemoglobina 8,8 g/dl, hematocrito 29%, VCM 65,8%, plaquetas 685.000. PCR 135 mg/L, resto normal. TAC con contraste de cavum, laringe, glándula submaxilar bilateral, parótida bilateral y boca: lesión en hemicuello izquierdo, superficial a la musculatura, de contornos mal definidos e hipercaptantes con contenido hipodenso y heterogéneo, paredes y septos finos en su interior, existe edema de la grasa de hemicuello izquierdo extenso hasta el hueco supraclavicular, engrosamiento de la fascia laterocervical. Lesión de aproximadamente 3,5 × 4,5 × 6,5 cm. La lesión contacta con los músculos antes descritos y con el polo inferior de la parótida izquierda, presentando al menos dos calcificaciones puntiformes en la pared. La parótida adyacente también es heterogénea y presenta una calcificación de 3 mm en su interior. No se identifica gas. Existen adenopatías perilesionales de hasta 12 mm (niveles I, II, III izquierdo).

Juicio clínico: Parotiditis aguda izquierda complicada.

Diagnóstico diferencial: Absceso parotídeo, cálculos salivales, tumores, síndrome de Sjögren.

Comentario final: Los gérmenes más comúnmente implicados son el estreptococo y el estafilococo. En menor grado se han hallado bacteroides, micrococcos y otros. La evolución de estos abscesos con una antibioterapia adecuada es hacia la curación, pero ante una inmunidad deficiente o una mayor virulencia del germen podemos encontrarnos con mediastinitis, sepsis, rotura de los grandes vasos

del cuello. El tratamiento preventivo consiste en suprimir las causas de infección bucal (cuidados dentarios) y mantener una buena hidratación para favorecer una buena secreción salivar. La antibioterapia es realmente eficaz. La utilización de penicilina cubre a la mayoría de los gérmenes, pero el incremento de anaerobios hace necesario incorporar la clindamicina, el metronidazol o la gentamicina. Cuando aparecen signos de supuración se impone el drenaje. Algunos autores proponen la aspiración mediante aguja guiada con TAC o ecografía. En casos (como el de nuestra paciente) de extensión hacia los espacios cervicales profundos es necesaria una cirugía abierta con cervicotomía lateral, para desbridar toda la zona.