

TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES DE PAROTIDA POR INSTALACION DE ANTIBIOTICOS

por los

DRS. JOSÉ SCHWARTZMAN y RICARDO N. GÓMEZ

En los últimos dos años hemos tenido la oportunidad de estudiar y tratar enfermos con infecciones de la glándula parótida, mediante la instalación canalicular de antibióticos.

La técnica usada se realiza por intermedio de un tubo de polietilene introducido por el orificio de la desembocadura oral del conducto de Stenon. Debemos aclarar que el empleo de este material nos ha sido sugerido por el doctor Héctor Jorge a quien hemos visto usarlo en la instilación de sustancias opacas para efectuar las sialografías.

Hemos de exponer a continuación las siguientes historias clínicas:

L. C., veintiocho años. Suboficial de marina.

Antecedentes familiares: Sin importancia.

Antecedentes personales: Nota desde hace ocho meses tumefacción en región parotídea izquierda que se acompaña de dolor intenso.

Este cuadro fluxionario dura dos o tres días y luego desaparece con aplicación de hielo local.

Hace tres meses, y a continuación de uno de estos episodios, comienza a sentir mal gusto en la boca, salivando regular cantidad de pus.

Estado actual: 20 de septiembre de 1953. Concorre al Consultorio presentando gran tumefacción en región parotídea con calor al tacto en esta zona, temperatura 38 grados y gran dolor. Al examen del conducto de Stenon se ve salir espontáneamente gran cantidad de pus.

Se lo interna y se le practica hielo local y antibiótico en forma inyectable. Al cabo de tres días el cuadro mejora practicándosele examen lipiodográfico que no revela la presencia de cálculos.

Se inicia posteriormente la instilación de penicilina, 100.000 unidades con cánula por conducto, desapareciendo la supuración y la tumefacción con seis aplicaciones.

Es examinado periódicamente durante cinco meses no habiendo experimentado posteriormente ninguna molestia.

S., José M., 49 años.

Antecedentes personales: Desde hace tres años experimenta sensación de cosquilleo a nivel de la región parotídea derecha y tumefacción discreta. Siente, según el enfermo, tensión en esta región en relación con los alimentos. No ha experimentado con anterioridad mal gusto en su boca. Hace un año tiene una reagudización de su proceso que duró diez días con dolor, 37,5 grados de temperatura y tumefacción. Continúa con sus molestias y, ante un nuevo proceso de reagudización, decide hacerse examinar.

Estado actual: 28 de mayo de 1953. Presenta una tumefacción parotídea, de consistencia firme, pero con un punto muy doloroso y de menor consistencia en el centro de la glándula que interpretamos como un absceso. Hay un trismus moderado y temperatura de 37,8 grados. Al examen de su boca se ve la zona del orificio del conducto tumefacto y de color rojo. No hay salida de pus espontáneamente ni a la presión suave de la glándula.

Se medica al enfermo con hielo local y antibióticos, desapareciendo el cuadro al cabo de una semana. Se le practica entonces una sialografía lipiodada, apareciendo una falta de relleno a un centímetro del orificio, con el aspecto radiológico de un cálculo, conducto muy dilatado a continuación y una zona de relleno en la glándula que se interpreta como absceso parotídeo.

Se extrae el cálculo quirúrgicamente, evacuándose espontáneamente gran cantidad de pus de color verdoso amarillento. Se hace la aspiración de la secreción con cánula y jeringa y se instila penicilina-estreptomicina durante veinte días, en que desaparece la supuración y se reduce entonces la tumefacción parotídea.

El enfermo es dado de alta al cabo de seis meses sin haber experimentado durante este período ningún inconveniente.

G., Lucía, de 33 años.

Antecedentes familiares: Sin importancia.

Antecedentes personales: Desde hace cuatro años nota que aparece tumefacción dolorosa en región parotídea izquierda. Este cuadro lo relaciona directamente con la presencia o ingestión de alimentos.

El cuadro se repite periódicamente, y desde hace un año y medio siente mal gusto en su boca y halitosis.

Estado actual: 20 de julio de 1953. Concorre a nuestro servicio con un proceso de reagudización parotídea (tumefacción intensa, tris-

mus y salida de pus por conducto). Se la medica con hielo local por ser imposible el examen completo en ese estado. A los siete días es posible realizar este examen, notándose a la palpación combinada del conducto (interna y externa) una zona indurada a dos centímetros del orificio, que interpretamos como un cálculo.

Al examen lipiodográfico del conducto vemos en esta zona un "stop" y luego un conducto con dilataciones en rosario, síntomas de cronicidad del proceso.

Con maniobras normales se hace progresar el cálculo en el conducto y se lo extrae haciendo una dilatación del orificio de salida del Stenon. Se le practican posteriormente instilaciones con penicilina-estreptomicina durante un período de dos meses (dos aplicaciones semanales) desapareciendo con ello la supuración y la tumefacción parotídea.

La enferma es dada de alta al cabo de un período de seis meses de exámenes periódicos.

S., Ricardo. 52 años.

16 de abril de 1955.

Enfermedad actual: Comienza hace 20 días durante un proceso gripal con tumefacción dolorosa en región parotídea izquierda. A los cinco días siente mal gusto en la boca, salivando regular cantidad de pus.

Como la tumefacción no se reduce y continúa la salida de pus por el conducto, decide concurrir a mi consultorio.

Estado actual: Glándula parótida aumentada de volumen y dolorosa a la palpación. Al examen del conducto no se nota nada anormal; el orificio de salida está rojo, procidente, y mana por él, al presionar sobre la glándula, saliva con abundante supuración grumosa.

Se efectúa sialografía que nos muestra la integridad del conducto de Stenon y las ramificaciones canaliculares de la glándula.

Se inicia tratamiento con penicilina, 200.000 U. por conducto dos veces por semana, cediendo todo el proceso con cinco aplicaciones (la supuración desapareció con la primera aplicación, lo que demuestra la potencialización de su acción en la red canalicular glandular).

Hemos creído de utilidad hacer esta comunicación por cuanto el tratamiento que proponemos y que es el que hemos seguido en nuestros enfermos difiere fundamentalmente del tratamiento clásico de la era preantibiótica que consistía en: Punciones repetidas de la

glándula, incisiones múltiples e intervenciones que no garantizaban a veces la curabilidad del proceso en razón de la tenacidad desesperante con que aparecían las recidivas.

Como precursor de este tratamiento tenemos a Manuel Gerard, citado por G. Maurel en su tratado de cirugía máxilofacial del año 1949: dice obtener muy buenos resultados con la inyección canalicular de bacteriófagos estreptocócicos y estafilocócicos o ambos combinados.

TECNICA

Se trata de individualizar la desembocadura del conducto de Stenon haciendo una topicación de la zona con una solución de cocaína al 10 por 100 y adrenalina al milésimo.

Si con este procedimiento no se lograra localizarlo, colocamos una gota de vinagre sobre el dorso de la lengua o bien topicamos la zona con un hisopo de algodón mojado en este líquido, aparece de inmediato una gota de saliva en el orificio de la desembocadura del orificio de Stenon.

Una vez localizado se introduce en el orificio de salida un trozo de tubo de polietilene de 0,5 mm., cortado a bisel en su extremidad. Se introduce lo más profundamente posible e instilamos por intermedio de una aguja conectada en su extremidad uno y medio o dos centímetros de solución de antibiótico concentrado (penicilina-estreptomicina).

Repetimos estas instilaciones al principio día por medio y luego vamos espaciando las sesiones a 2 y una vez por semana.

CONCLUSIONES

El tratamiento que proponemos es de fácil ejecución y en los casos que lo hemos utilizado nos ha dado resultados bastante satisfactorios.

Los enfermos lo aceptan sin inconvenientes y tiene el mismo una superioridad incontrastable sobre las punciones e incisiones a que estaba condenado un enfermo hace algunos años.

Dado los resultados obtenidos creemos que, 1.º Por los resultados espectaculares, casi siempre los antibióticos actúan en los canalículos en una forma potencializada y 2.º Por su inocuidad, que esta técnica debe usarse sistemáticamente antes de decidirse por cualquier tratamiento quirúrgico.

(*per* "Sem. Méd.", 1.028, 1956.)