

PAROTIDITE PÓS-OPERATÓRIA

DR. GUILHERME SAMPAIO FERRAZ (*)

DR. ZAIRO E. G. VIEIRA, E.A. (**)

AP2902
Parotidite pós-operatória é uma inflamação aguda da glândula parótida com características especiais. Não é raro encontrar-se referências à enfermidade em alguns tratados de especialidade cirúrgica, bem como em publicações que tratam de infecções pós-operatórias^{1, 3, 6}.

O fato de ser uma doença pouco comum na atualidade e a oportunidade de um de nós (Z.V.)*** ter observado três enfermos nos últimos oito anos^{8, 9}, levou-nos a comentar o caso mais recente.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino, 42 anos, branco, informando muito mal a história de sua doença devido ao precário estado geral. Operado alhures há aproximadamente 12 dias (úlcera perfurada). Refere não ter passado bem no pós-operatório, notando, após alguns dias, aparecimento de dor e tumoração na região parotidiana esquerda. Procurou este Hospital, onde foi internado de urgência em 17-10-62.

Enfermo em péssimo estado físico, muito desidratado, pele seca, mucosas descoradas. Grande tumoração na região parotidiana esquerda, com sinais de inflamação aguda: vermelhidão, pele muito distendida no local. Saída de pequena quantidade de pús pelo conduto

(*) Oo Serviço de Cirurgia do Hospital do Servidor do Estado da Guanabara, Rio de Janeiro, GB.

(**) Do Serviço de Anestesia do Hospital do Servidor do Estado da Guanabara, Rio de Janeiro, GB.

(***) Os casos anteriormente relatados^{8, 9} foram erroneamente classificados como parotidite traumática. O tratamento precoce com antibiótico e medidas conservadoras possibilitou evolução satisfatória e cura sem necessidade de intervenção cirúrgica.

auditivo externo. Sinais de comprometimento dos ramos malar e bucinador do nervo facial, com ptose palpebral e desvio da comissura labial.

Pulso fino, 84 b.p.m., TA 100x70. Escuta cardíaca sem anormalidades. Estertores de finas bolhas nas bases, roncos e sibilos disseminados em ambos pulmões. O abdome apresenta uma cicatriz de ferida operatória recente, supra-umbilical, paramediana direita, e é flácido à palpação.

Foi tratado com hidratação parenteral e antibióticos de largo espectro (kanamicina). Após 24 horas, com relativa melhora do estado geral, foi operado sob anestesia endotraqueal. Incisão longitudinal de 6 cm, aproximadamente, desde 1 cm do pavilhão da orelha até o limite inferior da mandíbula. A cápsula foi exposta, apresentando-se fibrosa e endurecida. Dado o intenso processo inflamatório não foi possível visualizar os ramos do nervo facial. Perfuração da cápsula em três pontos seguindo orientação longitudinal, deixando sair grande quantidade de pús. Colocado um dreno de Penrose em cada abertura da cápsula. Aproximação da pele.

O enfermo continuou recebendo hidratação venosa e antibióticos melhorando consideravelmente o estado geral. Empregou-se também no pós-operatório a lavagem freqüente da cavidade oral. Foi retirado um dreno por dia, a partir de 22-10-62. Alta em 30-10-62, com ótimo estado geral. Saída de quequena quantidade de secreção serosa. Dez dias após o paciente já engordara, apresentando uma cicatriz operatória sem fístula. Aguarda tratamento cirúrgico para sua afecção gástrica (gastrectomia).

COMENTÁRIOS

Como a parotidite pós-operatória é uma doença rara ainda não se estabeleceu a sua etiopatogenia, pairando o problema no terreno das probabilidades. O germen responsável tem sido identificado como o *Staphylococcus aureus*⁷. Descrevem-se quatro possíveis portas de entrada até a glândula parótida: linfáticos, corrente sanguínea, canal de Stenon e contágio direto dos tecidos contíguos.

Quando a parotidite aguda piogênica começou a aparecer nos pós-operatório, ou melhor, a ser diagnosticada, muitas conjécturas foram feitas para explicar a origem da infecção. Falava-se em via ductal retrógada, assim como via hematogênica. Atualmente incriminam-se vários fatores, tais como, stress, fazendo cessar a secreção glandular; grande comprometimento do estado geral; desidratação; atropina e escopolamina como pré-anestésicos; má higiene da boca; compressão da glândula durante a cirurgia ou anestesia; emprêgo prolongado de sondas gástricas; etc. A anestesia chegou a ser

considerada como fator preponderante no aparecimento da afecção, porém a ocorrência da enfermidade em pacientes não anestesiados afastou definitivamente essa possibilidade². Tem sido dada grande importância ao estado físico do enfermo, assim como à desidratação. A mortalidade é muito alta, não pelo processo inflamatório, mas pelo terreno em que êle se assentou.

A glândula parótida e seu sistema canalicular são particularmente susceptíveis à invasão microbiana porque sua secreção é serosa, não havendo substância mucosa bacterios-tática, ao contrário das outras glândulas salivares que são de secreção sero-mucosa. A reação produzida pela contaminação vai desde edema até supuração. Muitas vezes, em fases de pequena exteriorização clínica, a infecção já é responsável pela febre aparentemente inexplicável no pós-operatório.

Alguns estudos recentes estabelecem a seguinte incidência: 71 casos em 602.419 pacientes (1911 a 1959) relatados por Spratt⁵; 43 casos de 1943 a 1960 observados por Welch⁶; 3 casos de 1955 a 1958 descritos por Wolma e Lynch⁷, sendo que um necessitou drenagem cirúrgica; 28 casos em 12.166 operações num período de 5 anos relatados por Lorhan e colaboradores⁴, dos quais 3 necessitaram incisão e drenagem.

O diagnóstico não apresenta dificuldade. O aumento volumétrico da glândula é óbvio e com características inflamatórias; dor e vermelhidão, geralmente unilateral, entre o quarto e vigésimo dia pós-operatório. Quando não se institui tratamento adequado forma-se um abcesso, podendo haver saída de secreção purulenta pelo conduto auditivo externo. Os sintomas são febre, dor localizada e edema da glândula, na quase totalidade dos casos. O hemograma mostrará aumento dos glóbulos brancos com desvio à esquerda.

O tratamento mais importante é profilático: o estado geral deve ser melhorado, hidratação adequada, higiene da boca, suprimir drogas parasimpaticolíticas. O uso de antibióticos é obrigatório e dá bons resultados, desde que seja precoce. Outras medidas aconselhadas: compressas quentes, ou frias; cateterismo do canal de Stenon; goma de mascar, gotas de limão e iodeto de potássio, com a finalidade de estimular a secreção. A radioterapia tem sido empregada, entretanto seus resultados são discutíveis; alguns relatam casos com boa evolução, outros referem fracasso total e subsequente tratamento cirúrgico.

A drenagem cirúrgica é muitas vezes postergada devido a ausência de flutuação; ora, mesmo quando a glândula é substituída por volumoso abcesso não há flutuação. A parótida é encapsulada por uma bainha densa, fixada por feixes com-

pactos que separam os lóbulos da glândula; a cápsula torna-se edemaciada, fixa, não permitindo flutuação ou sinal de supuração.

A drenagem externa é considerada atualmente como o melhor método de tratamento, podendo algumas vezes deixar fístula salivar, ocorrência pouco comum, ou lesar ramos do nervo facial. Deve-se proceder ampla incisão longitudinal pré-auricular, em direção ao ângulo da mandíbula. Segue-se a individualização e perfuração da cápsula em vários pontos, com instrumento rombo. As condições locais geralmente não permitem o reconhecimento dos nervos temporal, malar, bucinador, mandibular e cervical que cruzam a região. A perfuração da cápsula em vários pontos é preferível à incisão única e extensa, pois diminui o risco de lesão nervosa.

SISTEMATIZAÇÃO DO TRATAMENTO

Feito o diagnóstico, colher material do canal salivar para cultura e antibiograma. Iniciar o tratamento com antibiótico de largo espectro, substituindo-o depois pelo específico. Compensar a volemia e instituir hidratação adequada. Lavagem da boca com solução antisséptica. Empregar estimulantes da secreção salivar. Radioterapia.

As indicações para a drenagem cirúrgica são divididas em: 1) precoce, quando há progressão rápida do processo infeccioso com aumento da leucocitose; 2) tardia, quando há edema, compressão do faringe, trismo e dor impedindo a alimentação, supuração, persistência da massa tumoral após tratamento conservador, extensão do abscesso parotidiano.

Em caso de obstrução respiratória a traqueostomia está indicada. Se o trismo permanecer após a drenagem deve ser pesquisada a possibilidade de comprometimento séptico da articulação têmporo-mandibular ou osteomielite da mandíbula.

R E S U M O

Parotidite pós operatória é uma doença rara, cujo aparecimento é atribuído à desidratação, precariedade do estado geral, má higiene da boca, "stress", uso de sondas, emprêgo de atropina ou escopolamina, compressão da glândula durante anestesia.

O diagnóstico não apresenta dificuldade baseando-se na presença de febre, aumento de volume da glândula e dor. O tratamento é realizado a base de antibióticos, limpeza da boca, estimulação da secreção salivar, radioterapia e incisão e drenagem cirúrgica.

Três casos são citados, sendo o mais recente relatado com detalhe, inclusive o tratamento cirúrgico realizado.

SUMMARY

POST-OPERATIVE PAROTITIS

Three cases occurred in an eight-year period. The most recent is reported in detail. The literature on the subject is revised and commented, with emphasis on prophylaxis and surgical treatment.

BIBLIOGRAFIA

1. Artz, C.: Complications in surgery and their management. W. B. Saunders Co., Philadelphia, USA, 1960.
2. Coughlin, W. T. e Gish, E. R.: Acute surgical parotitis. Arch. Surg. 45:361, 1962.
3. Ferreira, J. R.; Barbosa, H. e Amâncio, A.: Contrôles clínico do paciente cirúrgico. Edit. Bras. Medicina, Rio de Janeiro, 1961.
4. Lorhan, P.; Lewis, G.; Bearden, C. R. e Averbroock, B. D.: Postoperative parotitis Anesthesiology 23:659, 1962.
5. Spratt, J.: The ethiology and therapy of acute pyogenic parotitis. Surg. Gyn. & Obst. 112:391, 1961.
6. Welch, C.: Treatment of specific infections in the surgical patient: parotitis enterocolitis. Arch. Surg. 83:163, 1961.
7. Wolma, F. e Lynch, G.: Postoperative complications due to Staphylococcus aureus. Surgery 45:796, 1959.
8. Vieira, Z. E. G.: Anestesia para cirurgia pulmonar. Rev. Chilena Anest. 2:12, 1959.
9. Vieira, Z. E. G.: Anestesia para cirurgia pulmonar. Doenças do Tórax 2:5, 1962.

DR. GUILHERME SAMPAIO FERRAZ

Rua Toneleros, 231-Apt.º 801.

Rio de Janeiro, GB.

Faça desde agora a sua Inscrição

**III CONGRESSO MUNDIAL
DE ANESTESIOLOGIA**

20 a 26 de Setembro de 1964

SÃO PAULO — S. P. — BRASIL