

Serie de 8 casos de parotiditis supurada aguda neonatal

Eight cases of acute neonatal suppurative parotitis

Dr. Manuel Díaz Álvarez, Dr. Daniel Claver Isás, Dra. Teresa Medina González, Dra. Libertad Rivera Alés

Hospital Pediátrico Universitario "Juan Manuel Márquez". La Habana, Cuba.

RESUMEN

La parotiditis supurada aguda es una infección poco frecuente en la práctica del pediatra y neonatólogo. El objetivo es mostrar nuestra experiencia en la atención de serie de casos con parotiditis supurada aguda en el período neonatal, y describir sus características de presentación. Se presentan los hallazgos clínicos en 8 pacientes con parotiditis supurativa neonatal, quienes estuvieron ingresados en el Servicio de Neonatología del Hospital Pediátrico Universitario "Juan Manuel Márquez", durante el período de 22 años (desde el año 1992 hasta el año 2013), y se contrasta con los reportes publicados en la literatura internacional. Las características de presentación de la parotiditis aguda supurada de nuestros casos concuerdan con la literatura revisada en muchos aspectos, y se demuestra que es, además, una infección poco frecuente en el período neonatal. Es la primera publicación sobre esta entidad en neonatos en Cuba, y la mayor serie de casos en el ámbito latinoamericano.

Palabras clave: parotiditis supurada, sialadenitis supurada, recién nacido, *Staphylococcus aureus*, infecciones neonatales.

ABSTRACT

Acute suppurative parotitis is a rare infection in the pediatric and neonatological practice. This case presentation showed our experience in the care of a case series affected by acute suppurative parotitis in their neonatal period and described the characteristics of their presentation. The clinical findings obtained in 8 patients with neonatal suppurative parotitis, who had been admitted to the neonatology service

of "Juan Manuel Marquez" university pediatric hospital in the period of 1992 to 2013, were presented and compared with the reports from the international literature. The presentation characteristics of the disease in our cases agreed with those of the reviewed literature in many aspects, and it was proved that this illness is rate in the neonatal period. This is the first report published about this disease in neonates in Cuba and the highest number of cases in the Latin American context.

Keywords: suppurative parotitis, suppurative sialadenitis, newborn, *Staphylococcus aureus*, neonatal infections.

INTRODUCCIÓN

La sialadenitis supurada es una de las infecciones focales bacterianas en el recién nacido (RN) menos descritas en la literatura, ya que es una infección poco frecuente en la práctica del pediatra y neonatólogo.¹ Por lo general es unilateral, y la glándula parótida resulta más frecuentemente afectada respecto a las glándulas submandibulares, pero más de una glándula puede estar afectada al mismo tiempo. Aunque la mayoría de los pacientes muestran como agente causal más frecuente *Staphylococcus aureus*, otros microorganismos se han encontrado en el cultivo de las secreciones de la glándula.²⁻⁶ Se plantean 2 vías por las que ocurre la infección de las glándulas parótidas:⁷⁻⁹ infección directa desde la boca por vía canalicular ascendente, a través del conducto de Stensen, y por vía hematógena. En muy pocos casos hay que recurrir a la cirugía, y el pronóstico es, por lo general, favorable.

En la literatura cubana no existen reportes de pacientes neonatales con parotiditis supurada aguda, por lo que en el transcurso de 22 años de trabajo en nuestro Servicio de Neonatología hemos atendido 8 pacientes con esta entidad. Así, nos propusimos dar a conocer nuestra experiencia, describir las características clínicas de los pacientes, y esta sería la primera vez de presentación de la mayor serie de casos con parotiditis supurada aguda en el período neonatal en Cuba y en el ámbito latinoamericano.

PRESENTACIÓN DE LOS CASOS

En la [tabla](#) se presentan los hallazgos clínicos en pacientes con parotiditis supurativa neonatal de manera resumida, los cuales ocurrieron durante el período de 22 años (desde el año 1992 hasta el año 2013), y que estuvieron ingresados en el Servicio de Neonatología del Hospital Pediátrico Universitario "Juan Manuel Márquez".

Excepto 1 caso, los pacientes fueron nacidos a término y con buen peso (> 2 500 g) y el único RN pretérmino también tuvo buen peso. Todos los pacientes presentaron la infección a partir del 7mo. día de vida, fundamentalmente en la segunda y tercera semana. Aunque el RN pretérmino la inició a los 33 días de edad cronológica, su edad biológica correspondía a la cuarta semana cronológica. Hubo mayor representación del sexo femenino respecto al masculino (5 vs. 3). El antecedente de lactancia materna se alegó por 7 de las madres, aunque uno de los RNs recibía lactancia mixta, y solo 1 paciente se alimentaba con fórmula de leche.

Tabla. Hallazgos clínicos en pacientes con parotiditis supurativa neonatal

Edad gestacional/ /peso (g)	Edad cronológica (días)/sexo	Localización	Microorganismo aislado en secreción	Fiebre	Conteo global de leucocitos sanguíneos (x 10 ⁹ /L)	Proteína C reactiva	Lactancia materna	Tratamiento	Evolución
RNT/2 920	9/M	Izquierda	<i>Enterobacter cloacae</i> + <i>Klebsiella pneumoniae</i>	37,5 °C	20,1	No se hizo	Sí	Gentamicina	V
RNT/2 900	7/M	Izquierda	<i>Staphylococcus aureus</i> + <i>Klebsiella pneumoniae</i>	38,0 °C	8,2	No se hizo	Sí	Gentamicina	V
RNT/3 200	10/F	Izquierda	<i>Staphylococcus aureus</i>	38,7 °C	18,4	No se hizo	Sí	Penicilina + gentamicina	V
RNT/3 150	10/M	Izquierda	<i>Staphylococcus aureus</i>	No	7,9	No se hizo	Sí	Penicilina + amikacina	Fa
RNT/3 000	16/F	Izquierda	<i>Staphylococcus aureus</i>	38,0 °C	12,4	No se hizo	Sí	Gentamicina	V
RNT/3 550	15/F	Izquierda	<i>Staphylococcus aureus</i>	38,0 °C	16,3	Positiva	Sí	Gentamicina	V
RNPT/2 560	33/F	Izquierda	<i>E. coli</i>	38,3 °C	1,8	Negativa	No	Vancomicina + ceftriaxone	V
RNT/3410	20/F	Izquierda	<i>Serratia marcescens</i> + <i>Klebsiella pneumoniae</i>	39,0 °C	10,5	Positiva	Mixta	Gentamicina	V

RNT: recién nacido a término, RNPT: recién nacido pretérmino, M: masculino, F: femenino, V: vivo, Fa: fallecido.

Desde el punto de vista clínico, todos los pacientes tuvieron afectación unilateral, específicamente de la glándula parótida izquierda. Las manifestaciones de infección de la glándula estuvieron dadas por aumento de volumen, rubor, calor y dolor a la palpación de una masa firme de la región parotídea afectada. La fiebre estuvo presente en 7 de los casos, y todos exhibieron irritabilidad, así como secreción purulenta por el orificio de desembocadura del conducto de Stensen, al realizar el examen de la boca, y conjuntamente hacer presión sobre la glándula inflamada.

En la evaluación inicial del paciente se realizaron estudios hematológicos de pesquisa de infección, y se mostraron solo 2 casos con resultados anormales del conteo global de leucocitos sanguíneos para el período neonatal, uno fue por valores elevados ($> 20,0 \times 10^9/L$), y otro con leucopenia ($< 5,0 \times 10^9/L$). El estudio de proteína C reactiva solo se realizó en 3 RNs, y de estos, 2 mostraron resultados positivos.

Se pudo identificar en todos los RNs el microorganismo causal de la infección mediante el cultivo de las secreciones emanadas de la glándula parótida, a través del conducto de Stensen. El microorganismo más frecuentemente aislado fue *Staphylococcus aureus*, presente en 5 pacientes, de los cuales en 4 fue el único agente bacteriano, y en 1 RN se aisló en conjunto con *Klebsiella pneumoniae*. Este último microorganismo también se encontró en la secreción purulenta del conducto de Stensen en otros 2 RNs junto *Enterobacter cloacae* en 1 y *Serratia marcescens* en otro. En 1 caso el cultivo bacteriano resultó ser positivo a *E. coli* como microorganismo simple.

Todos los pacientes recibieron tratamiento antibiótico consistente en monoterapia con aminoglucósidos predominantemente, aunque en dos RNs se recurrió a la biterapia al acompañar el aminoglucósido con penicilina G. Solo se utilizó la asociación de vancomicina con ceftriaxone en el RN pretérmino, por tener historia anterior de haber recibido tratamiento antibiótico al nacimiento con aminoglucósido y penicilina G. La antibioticoterapia se acompañó de medidas de sostén (hidratación, nutrición, antipiréticos, etc.), además de compresiones periódicas de la glándula con masaje delicado. No se necesitó tratamiento quirúrgico en estos casos.

La evolución fue favorable en esta serie, excepto 1 paciente, que falleció por presentar una enfermedad metabólica (trastorno del ciclo de la urea), que pudo haberse precipitado por la infección, pero no fue la causa de este desenlace, pues, de hecho, ya había resuelto la infección al momento de morir.

DISCUSIÓN

En 1955 *Robinson* hace una publicación en la cual hace notar una declinación en la presentación de parotitis supurada aguda en la década de los 40, y él vincula estos cambios a la introducción de los antibióticos y los líquidos administrados intravenosamente, y describe la entidad como una enfermedad evanescente.¹⁰ En realidad no es una afección frecuente en la actualidad, quizás lo fue hace un siglo atrás y declinó su frecuencia, pero aún se presentan casos, lo cual ha llevado a refutar la afirmación anterior como una enfermedad evanescente.² En 1970 *Leake* y otros reportaron 10 casos de parotiditis supurada aguda neonatal, y expresaron que, con su serie de casos, sumado a lo conocido previamente, totalizaban alrededor de 100 pacientes.¹

El más reciente reporte con revisión de la literatura sobre parotiditis supurada aguda neonatal es el de *Ismail* y otros,¹¹ quienes repasaron los últimos 40 años de la literatura inglesa, y colectaron un total de 44 casos (incluyendo 3 pacientes de su experiencia), en ese período.

En el ámbito latinoamericano son pocas las publicaciones al tema, y así tenemos una serie de 5 casos de parotiditis supurada neonatal por *Méndez Espínola*,¹² un reporte de 2 neonatos presentado por *León*,¹³ y otro de un solo paciente,¹⁴ todos los cuales fueron en Chile.

En el período de estudio (años 1992 a 2013) se realizaron 10 131 ingresos en el Servicio de Neonatología, y esta serie de 8 pacientes neonatales representa que aproximadamente por cada 1 266 pacientes que ingresan por distintos motivos, 1 es un neonato con parotiditis supurada aguda.

Se ha demostrado una amplia gama de microorganismos causales de parotiditis supurada neonatal, pero es notablemente predominante *Staphylococcus aureus* como agente aislado en secreciones obtenidas a través del conducto de Stensen o de abscesos de la glándula.^{1,8} Algunos otros microorganismos frecuentes son: *E. coli*, *Streptococcus viridans*, *Streptococcus pyogenes*, *Streptococcus agalactiae*, *Pseudomona aeruginosa*, *Klebsiella pneumoniae*, *Enterococcus*.^{1-5,15,16} En ocasiones se encuentra más de un microorganismo causal del cultivo de las secreciones de la glándula, tal como hemos encontrado nosotros.

La parotiditis supurada neonatal se caracteriza por un comienzo agudo de inflamación de la región parotídea, por delante de la oreja sobre el ángulo de la mandíbula, elevando esta, o a veces prolongándose por debajo de la rama horizontal de la mandíbula. La afectación es unilateral generalmente, aunque en algunas ocasiones puede ser bilateral.^{3,17,18} Es fácilmente palpable con consistencia firme, dolorosa a la manipulación y presión; la piel suprayacente está eritematosa, caliente, algo empastada. La temperatura es variable, pero es frecuente la fiebre, la cual puede ser elevada en ocasiones. También el cuadro puede estar acompañado de irritabilidad, rechazo a lactar, pérdida o poca ganancia de peso. Nuestros pacientes mostraron consistentemente los signos inflamatorios focales y la fiebre, mientras que no todos manifestaron los otros rasgos clínicos que se describen.

Todos los RNs tuvieron el signo más característico, y para algunos el signo patognomónico de esta infección, que es la salida de secreción purulenta por el orificio de desembocadura del conducto de Stensen en la boca ([Fig.../ped13215.htm-fl13](#)), en la membrana mucosa bucal de la parte superior del margen alveolar de la mandíbula superior, a nivel de donde más tarde brotará el segundo molar, que se hace más evidente al ejercer presión sobre la glándula parotídea.^{16,19} El diagnóstico clínico es suficiente con lo referido anteriormente, aunque algunos autores recomiendan realizar ultrasonografía para confirmación.²⁰

La evolución a formación de absceso glandular no es frecuente en el neonato,²¹ y se identifica al examen por la sensación de renitencia-fluctuación a la palpación, que no estaba presente al comienzo de la infección, y ninguno de los pacientes que reportamos evolucionó a este evento. La recurrencia de la infección parotídea es rara cuando el inicio de la parotiditis supurada acontece en el período neonatal.¹⁵



Fig. Salida de secreción purulenta por el orificio de desembocadura del conducto de Stensen en la cavidad oral, por infección de la glándula parótida izquierda.

Hacia la primera mitad del siglo pasado el pronóstico era adverso, frecuentemente debido a un cuadro de sepsis fatal.⁷ Los más vulnerables eran los pacientes neonatales, pero principalmente aquellos pretérminos. Actualmente la evolución suele ser favorable, aunque puede haber complicaciones serias, y precisamente los predispuestos a ello suelen ser los RNs pretérminos.¹¹ La enfermedad de base del paciente fallecido fue la que determinó el desenlace letal, el resto evolucionó favorablemente con las medidas generales y el tratamiento específico indicado.

El tratamiento antibiótico recomendado debe tener cobertura para el agente causal más común, que es *S. aureus*. De esta manera, se deben indicar antibióticos del tipo de penicilinas semisintéticas, cefalosporinas de primera o segunda generación, o aminoglucósidos. En la actualidad se ha hecho común la infección por *S. aureus* resistente a meticilina, por lo que cuando se piense esta posibilidad, o se tenga un resultado de antibiograma sugerente de ello, hay que enfocarse en el uso de antibióticos del tipo anti-estafilocócico resistente a la meticilina.^{6,22} Es común en el período neonatal iniciar la antibioticoterapia empírica tratando de cubrir un amplio espectro, por lo cual sería acertada una combinación con otros que cubran el espectro de los gramnegativos, ya que también estos microorganismos se encuentran entre los agentes causales de la parotiditis supurada neonatal, como se vio en 4 de nuestros casos.

El tiempo de la antibioticoterapia no se ha determinado con exactitud, pero es consensuado que un mínimo de 7 a 10 días es necesario, o hasta que al menos la afectación se compruebe que se ha resuelto.^{3,11} También es factible considerar un esquema de tratamiento secuencial parenteral-oral, que permita no prolongar mucho tiempo el tratamiento por vía parenteral. La evacuación de pus mediante compresión de la glándula parotídea a través del conducto de Stensen ha sido sugerida, con el cuidado de hacerlo de manera delicado.¹⁶ Otro aspecto del tratamiento sería la incisión y drenaje en casos con abscedación de la glándula o de celulitis abscedada suprayacente.

Se concluye que las características de presentación de la parotiditis aguda supurada de nuestros casos en esta serie concuerdan con la literatura revisada en muchos aspectos, y se demuestra que es, además, una infección poco frecuente en el período neonatal, y es la primera publicación sobre esta entidad en neonatos en Cuba y la mayor serie de casos en el ámbito latinoamericano.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Leake D, Leake R. Neonatal suppurative parotitis. *Pediatrics*. 1970;46(2):203-7.
2. Çoban A, Ince Z, Üçsel R, Özgeneci A, Can G. Neonatal suppurative parotitis: a vanishing disease? *Eur J Pediatr*. 1993;152:1004-5.
3. Sabatino G, Verrotti A, de Martino M, Fusilli P, Pallotta R, Chiareli F. Neonatal suppurative parotitis: a study of five cases. *Eur J Pediatr*. 1999;158:312-4.
4. Nso Roca AP, Baquero-Artigao F, García-Miguel MJ, del Castillo Martín F. Parotiditis aguda neonatal por *Streptococcus agalactiae*. *An Pediatr (Barc)*. 2007;67(1):65-7.
5. Herrera Guerra AA, Osguthorpe RJ. Acute neonatal parotitis caused by *Streptococcus pyogenes*: a case report. *Clin Pediatr*. 2010;49(5):499-501.
6. Donovan ST, Rohman GT, Selph JP, Rajan R, Stocks RM, Thompson JW. Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* as a cause of neonatal suppurative parotitis: a report of two cases and review of the literature. *Ear Nose Throat J*. 2013;92(6):269-71.
7. Elterich TO. Purulent parotitis in the newborn. Case report and review of literature. *J Pediatr*. 1933;3:761-4.
8. Sanford HN, Shmigelsky I. Purulent parotitis in the newborn. *J Pediatr*. 1945;26:149-54.
9. de Suremain N, Marteau E, Leruste A, Tournier C, Delamar AL, Carbajal R. Parotidite aiguë néonatale suppurative: revue de la littérature à propos d'une observation. *Arch de Pédiatr*. 2013;21(2):223-5.
10. Robinson JR. Surgical parotitis, a vanishing disease. *Surgery*. 1955;38:703-7.
11. Ismail EA, Seoudi TM, Al-Amir M, Al-Esnawy AA. Neonatal suppurative parotitis over the last 4 decades: report of three new cases and review. *Pediatr Int*. 2013;55(1):60-4.
12. Méndez Espinola BM. Parotiditis supurada neonatal. *Pediatría (Santiago de Chile)*. 1984;27(1/2):14-6.
13. León del PJ, Bancalari MA. Parotiditis bacteriana neonatal. *Pediatr Día*. 2004;20(4):42-4.
14. Cabezón R, Kreft J, Ramírez C, Witker D. Parotiditis aguda en recién nacido. *Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello*. 2010;70:65-70.

15. David RB, O'Connell EJ. Suppurative parotitis in children. Amer J Dis Child. 1970;119:332-5.
16. D'Souza JN, Geary G, Mukerji S. Neonatal parotid gland enlargement: is it suppurative parotitis? A case report. Am J Case Rep. 2012;13:41-3.
17. Salaria M, Poddar B, Parmar V. Neonatal parotitis. Indian J Pediatr. 2001;68(3):283.
18. Singh K. Bilateral parotid abscess in a neonate (letter). Indian Pediatr. 2006;43:1007.
19. Makhoul J, Lorrot MB, Teissier N, Delacroix G, Doit C, Bingen E, et al. Parotidite bactérienne aiguë chez les nourrissons de moins de 3 mois: étude rétrospective dans un centre hospitalier universitaire. Arch Pédiatr. 2011;18(12):1284-9.
20. Sekhon P, Williams D, Singh Sara JD, McCulloch NA. Acute bacterial suppurative parotitis of the neonate: A case report and review. Int J Pediatr Otorhinolaryngol Extra. 2012;7:132-3.
21. Myer C, Cotton RT. Salivary gland disease in children: a review. Clin Pediatr. 1986;23(6):314-22.
22. Ayala Curiel J, Galán del Río P, Poza del Val C, Aguirre Conde A, Cotero Lavín A. Parotiditis aguda supurativa neonatal. An Pediatr (Barc). 2004;60(3):274-7.

Recibido: 26 de septiembre de 2014.

Aprobado: 15 de enero de 2015.

Manuel Díaz Álvarez. Hospital Pediátrico "Juan Manuel Márquez". Ave 31 y 76, municipio Marianao. La Habana, Cuba.
Correo electrónico: mfdiaz@infomed.sld.cu