

D. Martos Martínez, A. Rodríguez Becerra,
C. Cintado Bueno

An Esp Pediatr 1998;48:415-416.

Parotiditis supurada en el período neonatal. Aportación de dos casos y revisión de la literatura

Introducción

La afección de las glándulas salivares es infrecuente en el recién nacido y cuando esto acontece las parótidas suelen estar siempre implicadas.

En la revisión de la literatura llevada a cabo por Leake y Leake en 1970⁽¹⁾, se describen 97 casos, a los que se suman otros 12 referidos por Tow hasta la misma fecha⁽²⁾. David y O'Connell confirman la infrecuencia de este proceso al encontrar tan sólo 3 casos en 20 años en la Clínica Mayo⁽³⁾. Desde entonces hemos encontrado en la literatura 4 más publicados⁽⁴⁻⁷⁾. En nuestro Hospital hemos detectado 2 casos desde 1970 en la edad neonatal.

Clínicamente se caracteriza por la afectación de una o dos parótidas con tumefacción y drenaje de material purulento a través del conducto de Stenon, pudiendo afectar al estado general del neonato.

El agente patógeno más común es el *S. aureus*, aunque otros gérmenes también pueden estar implicados.⁽³⁾

Observación clínica

Caso 1. Motivo de publicación en 1978⁽⁴⁾

Recién nacido mujer de 14 días de vida, producto único de una gestación que cursó sin patología. Presentación cefálica. Parto vaginal espontáneo. Término. Normosoma. No precisó maniobras de reanimación. Alimentada con lactancia materna, no observándose fisuras ni signos inflamatorios en areola ni pezón maternos.

Presenta irritabilidad y tumoración preauricular derecha, motivo por el que ingresa en nuestro centro.

En la exploración clínica a su ingreso se observa un aumento de tamaño de la parótida derecha, con bordes netos, consistencia dura, con calor y enrojecimiento de la piel circundante. Al presionarla se aprecia secreción purulenta a través del conducto de Stenon derecho. El resto de exploración por aparatos es normal.

En las pruebas complementarias destaca un hemograma con 17.500 leucocitos (neutrófilos 70%, linfocitos 25%, eosinófilos

5%), Hto. 50%, Hb 15,6mg/dl. Resto de analítica (EAB, bioquímica sanguínea, orina, rx de tórax) normal. Al cultivar el material purulento se aísla un *S. aureus*. El hemocultivo es negativo.

En la evolución aparecen, un día después de su ingreso, pequeñas pápulas en cara y tronco, algunas de contenido purulento. La antibioterapia con cefalotina intravenosa y gentamicina intramuscular hace remitir dichas lesiones dérmicas, así como la inflamación parotidea. Se requiere también expresión externa de la glándula y aspiraciones del pus del conducto de Stenon. Tras una semana con este tratamiento es sustituido por amoxicilina oral y kanamicina intramuscular. A los once días, habiendo remitido la inflamación, se continúa con eritromicina. No hubo afectación del estado general.

Caso 2.

Recién nacido varón de 28 días de vida y 4.140 g de peso es remitido a nuestro Hospital por presentar febrícula y tumefacción a nivel del ángulo mandibular derecho.

Producto de un embarazo bien tolerado y sin patología. Parto término, normosoma, cesárea por presentación podálica. No requirió maniobras de reanimación. Alimentado con lactancia artificial.

La exploración clínica, a su ingreso, por aparatos fue normal, salvo tumefacción de la parótida derecha que desplaza el pabellón auricular hacia arriba, acompañada de calor, eritema y dolor a la expresión, obteniéndose con esta maniobra una secreción purulenta a través del conducto de Stenon derecho.

Entre los exámenes complementarios destaca en el hemograma una cifra de leucocitos de 14.040, con 39,7% de neutrófilos, 44,2% de linfocitos y 14% de monocitos. Hto. 32,9%, Hb 11,6 mg/dl. El resto de analítica (EAB, bioquímica sanguínea, orina, rx de tórax) fue normal. En el cultivo del exudado del conducto de Stenon se aisló un estreptococo α -hemolítico. El hemocultivo fue negativo.

La evolución fue favorable, remitiendo la tumefacción al 5º-6º día de iniciado tratamiento antibiótico intravenoso con netilmicina y cefotaxima, no siendo necesario drenaje externo ni aspiración del exudado a través del orificio de salida glandular. En ningún momento se constató afectación del estado general.

Discusión

Esta entidad clínica, infrecuente en el recién nacido suele afectar más a prematuros de sexo masculino^(2,3,8), aunque en nues-

Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío.

Avenida de Manuel Siurot s/n. Sevilla.

Correspondencia: Dolores Martos Martínez.

Paseo Maestro Juan Guerrero, 62. 41.710 Utrera (Sevilla)

Recibido: Julio 1997

Aceptado: Diciembre 1997

tros casos ambos fueron a término y el primero de ellos de sexo femenino. La evolución hacia las recurrencias es infrecuente en contra de lo que ocurre en la parotiditis que se inician en edades posteriores^(3,9,10).

El germen más frecuentemente aislado es el *S. aureus*⁽³⁾ como ocurrió en nuestro primer caso, pero otros gérmenes también pueden estar implicados como estreptococos⁽³⁾ (α -hemolíticos - como en nuestro segundo caso - o β -hemolíticos), gram-negativos como *E. coli*, *P. aeruginosa*^(1,11,12) o *K. pneumoniae*⁽⁷⁾ e incluso se han aislado anaerobios⁽¹³⁾.

En cuanto a la patogenia, la vía de infección puede ser ascendente a través del conducto de Stenon, pudiendo actuar como factores predisponentes pequeños traumatismos o estasis salivar por deshidratación^(1,4); o bien puede tratarse de una infección por vía hematogena^(5,14) (precedida o acompañada de sepsis), que en nuestros pacientes parece quedar descartado al no existir signos clínicos y ser los hemocultivos negativos.

La clínica consiste en fiebre, irritabilidad, escasa ganancia de peso y afectación de una o dos parótidas^(3,15), que suelen estar inflamadas, duras o fluctuantes a la palpación, con enrojecimiento de la piel suprayacente y salida de pus por el conducto de Stenon a la expresión glandular.

El diagnóstico es fundamentalmente clínico, por la inflamación de la glándula con expulsión de material purulento a través de su orificio de salida, y se confirma con el cultivo de dicho exudado.^(4,7)

El diagnóstico diferencial hay que hacerlo con las infecciones maxilares que afectan al músculo bucinador, linfangiomas, hemangiomas, lipomas y adenomas^(1,4)

El tratamiento debe iniciarse de forma empírica cubriendo estafilococos, estreptococos y gram-negativos hasta la llegada de los cultivos y estudios de sensibilidad^(7,16,19). En pocas ocasiones el curso es desfavorable requiriendo drenaje externo.

Bibliografía

1 Leake D, Leake R. Neonatal Suppurative Parotitis. *Pediatrics* 1970; **46**:203-207.

- 2 Tow A. Neonatal Suppurative Parotitis. *Pediatrics* 1971; **47**:155.
- 3 David RP, O'Connell EJ. Suppurative Parotitis in children. *Am J Dis Child* 1970; **119**:332-335.
- 4 Cintado C, Menéndez M, Cano J et al Parotiditis supurada neonatal. *Arch Pediatr* 1978; **29**:269-272.
- 5 Kasznia-Kocot J, Cichos B, Sadacieslar M, Buszman Z. Staphylococcal septicemia in a newborn-infant with multiple organ involvement. *Wiad Lek* 1990; **43**:301-304.
- 6 Hammond A, Sijbrandij ES Purulent Parotitis in a infant. *Tijdschr Kindergeneesk* 1991; **59**:216-218.
- 7 Çoban A, Ince Z, Vçsel R et al. Neonatal Suppurative Parotitis: a vanishing disease? *Eur J Pediatr* 1993; **152**:1004-1005.
- 8 Sanford HN, Shmigelsky I. Purulent Parotitis in the newborn. *J Pediatr* 1945; **26**:149-154.
- 9 Lamey PJ, Boyle MA, McFarlane TW et al. Acute suppurative parotitis in outpatients: microbiologic and posttreatment sialographic findings. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1987; **63**:37-41.
- 10 Leake DL, Krakowiak FJ, Leake RC. Suppurative parotitis in children. *Oral Surg* 1971; **31**:174.
- 11 Pruett TL, Simmons RL. Nosocomial Gram negative bacillary parotitis. *JAMA* 1984; **251**:252-253.
- 12 Marcy SM, Klein JO. Focal bacterial infections in: Remington JS, Klein (eds) *Infectious disease of the fetus and newborn-infant*. WB Saunders, Philadelphia 1990:700-741.
- 13 Brook I, Finegold SM. Acute Suppurative Parotitis caused by anaerobic bacteria: report of two cases. *Pediatrics* 1978; **62**:1019-1020.
- 14 Shulman BH. Acute suppurative infections of the salivary glands in the newborns. *Am J Dis child* 1950; **80**:413.
- 15 Haritos NP. Suppurative parotitis in the newborn. *Clin Proc Child hosp* 1961; **17**:201.
- 16 Perry RS. Recognition and management of acute suppurative parotitis. *Clin Pharm* 1985; **4**:566-571.
- 17 Campbell WAB, Belf MD. Purulent Parotitis in the newborn, report of a case. *Lancet* 1951; **2**:386.
- 18 Road I.I., Sabbagh MF, Caranasos GJ. Acute bacterial sialadenitis: a study of 29 cases and review. *Rev Infect Dis* 1990; **12**:591-596.
- 19 Neuhauser EBD, Ferris BG. The treatment of acute suppurative parotitis in infants. *J Pediatr* 1945; **27**:589.
- 20 McCarthy C, Snyder ML, Parker RB. The indigenous oral flora of man