

Parotiditis aguda supurativa neonatal

M.J. Dorado Moles, A. Tagarro García, B. Pérez-Seoane Cuenca, A. Cañete Díaz¹
FEA de Pediatría. ¹Jefe de Servicio de Pediatría. Hospital «Infanta Sofía». San Sebastián de los Reyes (Madrid)

Title: Acute neonatal suppurative parotitis

Sr. Director:

La parotiditis aguda supurativa es una enfermedad muy rara en el periodo neonatal (3.8/10.000 ingresos). Su diagnóstico es fácil, fundamentalmente clínico, cura sin repercusiones y son excepcionales las recidivas, al contrario de lo que ocurre en edades posteriores^{1,2}.

Se da más en prematuros (38%)¹, recién nacidos de bajo peso³ y varones (3:1)¹. La infección asciende a través del conducto de Stenon, propiciada por ciertos factores que hacen que la saliva sea más espesa, como la deshidratación. De ahí que los prematuros con una mayor predisposición a la deshidratación tengan un riesgo incrementado.

Según otros autores, predomina la vía hematógena. En presencia de una septicemia, la parotiditis está propiciada por anomalías de la glándula, traumatismos orales, sonda orogástrica o inmunosupresión¹⁻⁴. A veces es bilateral, en cuyo caso hay que descartar abscesos mamarios si el bebé está alimentado al pecho⁵.

Para el diagnóstico basta con observar si hay signos inflamatorios locales, secreción purulenta a través del conducto de Stenon al comprimir la glándula (patognomónico) y crecimiento de un germen patógeno en dicho material¹⁻³. Rara vez se afecta la glándula salival submandibular, cuya secreción es más rica en IgA y lisozimas⁶. Los hallazgos de laboratorio son inespecíficos, salvo la hiperamilasemia, muy rara en los neonatos por la inmadurez enzimática¹.

Debe realizarse un diagnóstico diferencial, basado en hallazgos ecográficos, con diversas entidades: celulitis, adenopatías, abscesos, miositis, hemangiomas, adenomas y lipomas. En particular, hay que descartar la celulitis-adenitis por *Streptococcus agalactiae*, forma poco habitual de sepsis neonatal tardía pero que puede ser muy grave⁷.

El germen más frecuentemente hallado es *Staphylococcus aureus* (55%), frente a estreptococos (22%).

El tratamiento se iniciará empíricamente, con una combinación de penicilina resistente a betalactamasas o cefalosporinas y aminoglucósidos. Menos del 25% de los casos precisan un drenaje de la glándula^{1-3,8,9}.

Se expone el caso de un neonato de sexo femenino de 12 días de vida, que presentaba una tumefacción preauricular izquierda de unas horas de evolución, febrícula de 37,7 °C y re-

chazo de las tomas. No tenía antecedentes personales de interés, salvo una rotura prematura de membranas de 13 horas, por lo que se administró a la madre una dosis de ampicilina (exudado rectovaginal materno para *S. agalactiae* negativo). Tomaba lactancia materna exclusiva. La madre estaba sana, sin lesiones mamarias.

Se determinó una temperatura de 37,4 °C y la exploración por aparatos fue normal, salvo por la presencia de una tumefacción preauricular izquierda de 3 × 2 cm, dura y delimitada, con piel suprayacente normal, y un leve despegamiento del pabellón auricular izquierdo.

En las pruebas complementarias se detectaron los siguientes parámetros: leucocitosis con neutrofilia y trombocitosis (leucocitos 26,70 10E3/μL, 76% neutrófilos 20,29 10E3/μL, plaquetas 524.000/μL), alfa-amilasa <30 U/L y proteína C reactiva 13,2 mg/L.

En la ecografía cervical se observaba en la región preauricular izquierda, coincidiendo con la tumefacción palpable, un marcado aumento de espesor del tejido celular subcutáneo periparotídeo, con aspecto hiperecogénico homogéneo, así como un discreto aumento global del volumen de la glándula parótida izquierda. La ecogenicidad glandular era homogénea, sin adenopatías intraglandulares, ni dilatación de los conductos.

En el cultivo del material purulento que se obtuvo a través del conducto de Stenon, al comprimir la glándula, se aisló *S. aureus*.

Ante la sospecha clínica de parotiditis supurativa, se instauró tratamiento antibiótico empírico con cloxacilina y gentamicina intravenosa durante 10 días. La paciente presentó un pico febril de 38,6 °C en las primeras 24 horas del ingreso, y posteriormente una febrícula durante 48 horas más. Se produjo una mejora progresiva de la tumefacción y de los signos inflamatorios locales hasta su completa desaparición.

El caso presentado pretende recordar a los pediatras la existencia de una patología poco frecuente en el periodo neonatal. Conviene tenerla en cuenta, en primer lugar, por sus diferencias con los niños mayores (ausencia de hiperamilasemia y etiología bacteriana) y, en segundo lugar, por la necesidad del diagnóstico diferencial con la celulitis-adenitis por *S. agalactiae*. ■

Bibliografía

1. Spiegel R, Miron D, Sakran W, Horovitz Y. Acute neonatal suppurative parotitis: case reports and review. *Pediatr Infect Dis J*. 2004; 23(1): 76-78.

2. Sabatino G, Verrotti A, De Martino M, Fussilli P, Pallota R, Chiarelli F. Neonatal suppurative parotitis: a study of five cases. *Eur J Pediatr*. 1999; 158: 312-314.
3. 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): 274-277.
4. Martos Martínez D, Rodríguez Becerra A, Cintado Bueno C. Parotiditis supurada en el periodo neonatal. Aportación de dos casos y revisión de la literatura. *An Esp Pediatr*. 1998; 48: 415-416.
5. Singh K. Bilateral parotid abscess in a neonate. *Indian Pediatrics*. 2006; 43(17): 1.009-1.010.
6. Schwab J, Baroody F. Neonatal suppurative parotitis: a case report. *Clin Pediatr*. 2003; 42: 565-566.
7. Soler Palacín P, Monfort Gil R, Castells Vilella L, Pagone Tangorra F, Serres i Créixams X, Balcells Ramírez J. Síndrome de celulitis-adenitis por estreptococo del grupo B como presentación de sepsis neonatal tardía. *An Pediatr (Barc)*. 2004; 60: 75-79.
8. Nso Roca AP, Baquero-Artigao F, García-Miguel MJ, Del Castillo Martín F. Parotiditis aguda neonatal por *Streptococcus agalactiae*. *An Pediatr (Barc)*. 2007; 67: 65-67.
9. Brook I. Suppurative parotitis caused by anaerobic bacteria in newborns. *Pediatr Infect Dis J*. 2002; 21: 81-82.