

**Parotiditis bacteriana aguda
por *Staphylococcus aureus* resistente
a meticilina en ancianos
institucionalizados**

Sr. Editor: La parotiditis aguda bacteriana es una entidad propia de pacientes de edad avanzada. *Staphylococcus aureus* es el agente causal más frecuente¹; a pesar de ello, se han descrito en la literatura médica pocos casos producidos por *S. aureus* resistente a meticilina (SARM)². La incidencia de infecciones nosocomiales hospitalarias causadas por gérmenes multirresistentes se ha incrementado en los últimos años, generando una elevada morbimortalidad y un importante problema de salud³. Ancianos frágiles residentes en centros geriátricos de media y larga estancia también están siendo objeto de infecciones por SARM. El objetivo del presente artículo es describir 2 pacientes nonagenarios atendidos en nuestro hospital en el plazo de un año, procedentes de la misma residencia geriátrica, que padecieron parotiditis aguda por SARM.

Caso clínico 1. Mujer de 97 años con deterioro cognitivo leve, residente en centro geriátrico desde hacía 3 meses. Remitida a nuestro hospital por tumefacción eritematosa en región parotídea derecha y fiebre de 24 h de evolución. La exploración física mostró temperatura de 37,8 °C, afectación del estado general, obnubilación, deshidratación mucocutánea y tumoración flogótica dolorosa en región parotídea derecha. En el análisis practicado destacó leucocitosis ($31 \times 10^9/l$) con desviación izquierda (92% neutrófilos). Dos hemocultivos fueron positivos para SARM, al igual que el cultivo de frotis nasal. El tratamiento con vancomicina parenteral (2 g/día) durante 10 días y mupirocina tópica nasal (3 aplicaciones/día) durante 5 días fue efectivo.

Caso clínico 2. Mujer de 91 años institucionalizada desde hacía 4 años, con demencia senil severa e invalidante. Remitida a nuestro centro por febrícula (37,5 °C) y tumoración eritematosa parotídea derecha de 48 h

de evolución. La exploración física mostró regular estado general, obnubilación y tumoración caliente, dura y dolorosa a la palpación en región parotídea derecha con drenaje purulento por conducto de Stenon. Las determinaciones analíticas mostraron leucocitosis ($29 \times 10^9/l$) con desviación izquierda. Una TC craneal objetivó aumento de tamaño de glándula parotídea derecha de características inflamatorias. Dos hemocultivos, el cultivo del exudado purulento parotídeo y el del frotis nasal, fueron positivos para SARM. La antibioterapia con vancomicina parenteral (2 g/día) durante 10 días y mupirocina tópica nasal (3 aplicaciones/día) durante 5 días fueron efectivas, resolviéndose la parotiditis aguda bacteriana y la colonización nasal por SARM.

En décadas anteriores (1950-1960), la parotiditis aguda bacteriana se describía como infección nosocomial postoperatoria estafilocócica con una elevada morbimortalidad⁴. La introducción posterior de la antibioterapia y fluidoterapia en los pacientes intervenidos ha modificado el patrón de presentación, siendo actualmente una infección mayoritariamente adquirida en la comunidad. Es característica de personas de edad avanzada (nonagenarios en nuestro caso), con pluripatología crónica que condiciona una salud frágil. Los factores predisponentes son: litiasis glandular, deshidratación, desnutrición, foco séptico orofaríngeo, inmunodepresión y tratamiento con fármacos que reducen la secreción salival (anticolinérgicos, neurolépticos, etc.)⁵.

S. aureus es el agente etiológico más frecuente de parotiditis aguda bacteriana, seguido por estreptococos, bacilos gramnegativos y anaerobios⁵. La fibronectina es una proteína salivar que incrementa la adherencia de *S. aureus* al epitelio ductal glandular, tal y como ocurre en la matriz extracelular del epitelio nasal y oral⁶. El compromiso del flujo salivar glandular por diferentes causas

(obstrucción, xerostomía, etc.), facilita la colonización ductal estafilocócica y secundariamente la aparición de infecciones⁷. Varios estudios epidemiológicos relacionan el estado de portador nasal asintomático de SARM con un incremento del riesgo de sufrir infecciones invasivas por este microorganismo (sepsis, neumonía, infección urinaria, enteritis, etc.)⁸, tal y como ocurre en los 2 casos descritos anteriormente.

La antibioterapia según antibiograma suele ser efectiva en el tratamiento. En la parotiditis aguda bacteriana por SAMR, la vancomicina es el tratamiento de elección, aunque cotrimoxazol y rifampicina son alternativas válidas². En la forma complicada o refractaria a la antibioterapia está indicado el drenaje quirúrgico.

Hasta hace pocos años se consideraba que las infecciones producidas por microorganismos multirresistentes (SARM, *Acinetobacter*, *Pseudomonas*, etc.) afectaban únicamente a pacientes hospitalizados, fundamentalmente en situación crítica (postoperados, UCI, etc.)⁴. Los cambios demográficos posteriores y la institucionalización de ancianos frágiles en centros de media y larga estancia están desplazando parte de la población susceptible a este grupo de infecciones a instituciones donde no se habían previsto programas de vigilancia y control como los desarrollados en centros hospitalarios^{9,10}. Los 2 pacientes presentados responden a este perfil sociosanitario, y pensamos que se ha de incluir SAMR en el espectro etiológico de PAB en ancianos residentes en centros de media y larga estancia.

José Carlos Molina^a, Jordi Altés^a,
Rafael Vera^b y Anna Vilamala^c

^aServicio de Medicina Interna.
^bUnidad de Otorrinolaringología.
^cLaboratorio de Microbiología.
Hospital Comarcal de L'Alt Penedès.
Vilafranca del Penedès.
Barcelona, España.

Bibliografía

- Petersdorf RG, Forsyth BR, Bernanke D. Staphylococcal parotitis. N Engl J Med 1958; 259:1250-8.
- Ong KR, Ahmed SW, Ahmed M. Staphylococcal parotitis in AIDS: A case report. Laryngoscope 1996;106:1443.
- Parras F, Rodríguez M, Bouza E, Muñoz P, Cercenado E, Guerrero C, et al. Brote epidémico de *Staphylococcus aureus* resistente a metilina (SARM) en un hospital general. Informe preliminar. Enf Infecc Microbiol Clin 1991;9:200-7.
- Lary BG. Postoperative suppurative parotitis. Arch Surg 1964;89:653-5.
- Brook I, Frazier EH, Thompson DH. Aerobic and anaerobic microbiology of suppurative parotitis. Laryngoscope 1991;101:170-2.
- Aly R, Levit S. Adherence of *Staphylococcus aureus* to squamous epithelium: Role of fibronectin and teichoic acid. Rev Infect Dis 1987; 9(Suppl 4):341-50.
- Raad II, Sabbagh MF, Caranasos GJ. Acute bacterial sialadenitis: A study of 29 cases and review. Rev Infect Dis 1990;12:591-601.
- Mulligan ME, Murray-Leisure KA, Ribner BS, Standiford HC, John JF, Korvick JA, et al. Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*: A consensus review of the microbiology, pathogenesis and epidemiology with implications for prevention and management. Am J Med 1993;94:313-28.
- Sánchez Ferrin P, Carral Rodríguez E, Alaez Álvarez F, Quintana Riera S. Incidencia de infección adquirida en un centro sociosanitario. Med Clin (Barc) 2001;117:406-9.
- McNeil SA, Mody L, Bradley SF. Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*: Management of asymptomatic colonization and outbreaks of infection in long-term care. Geriatrics 2002;57:16-27.

Respuestas a las preguntas de formación continuada

- | | |
|------|-------|
| 1. b | 6. e |
| 2. a | 7. e |
| 3. e | 8. e |
| 4. a | 9. e |
| 5. d | 10. c |