



Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Diagnóstico a primera vista

Tumefacción en región malar en un neonato

Swelling in the malar region in a neonate

Beatriz Salamanca Zarzuela^{a,*}, Natalia Ortiz Martín^b, Félix Morales Luengo^c y Nuria Diez Monge^d

^a Sección Urgencias Pediátricas, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España

^b Servicio de Pediatría, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España

^c Unidad de Neonatología, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España

^d Unidad de Hospitalización, Servicio de Pediatría, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España



Descripción clínica

Neonato de 9 días de vida que consulta en urgencias pediátricas por fiebre de 38 °C de 2 h de evolución. Asocia irritabilidad y rechazo de apoyo sobre el lado izquierdo. No presenta otra sintomatología. Entre los antecedentes perinatales destaca el cultivo positivo a *Streptococcus agalactiae* (estreptococo del grupo B, SGB) en urino-cultivo materno, con profilaxis antibiótica intraparto incompleta, sin clínica de infección neonatal durante su estancia en planta de maternidad. Hermano de 6 años normovacunado y sin clínica infecciosa.

La exploración muestra zona eritematosa e indurada en región malar izquierda, caliente y dolorosa, que engloba el ángulo submandibular. No se observan puertas de entrada superficiales ni en mucosa oral. Leve oclusión ocular izquierda, sin lateralización de la comisura bucal (figs. 1 y 2). El resto de exploración física por aparatos y sistemas fue normal.

Evolución

Dada la presencia de fiebre se solicitan: analítica sanguínea, orina y líquido cefalorraquídeo (LCR). Se recogen hemocultivo, urino-cultivo y cultivo de LCR, y serología de parotiditis.

En la analítica destacan leucocitosis (24.500 μ l) con neutrofilia (neutrófilos 15.700 μ l, linfocitos 4.800 μ l y monocitos 3.200 μ l) con series roja y plaquetaria normales. Ionograma, perfiles renal y hepático y amilasa normales. Los resultados de los reactantes de fase aguda fueron: proteína C reactiva 11 mg/l y procalcitonina 0,11 ng/ml. Las citoquímicas de orina y LCR fueron normales.

Ante el hallazgo físico se solicita ecografía de partes blandas, donde se aprecia un aumento de tamaño de la glándula parótida izquierda, hipervascularizada, y con ganglios intra y extra parotídeos, de aspecto reactivo, sin colecciones que sugieran abscesos ni dilataciones ductales (fig. 3).



Figura 1. Edema y eritema en región parotídea.

El paciente ingresa con sospecha de parotiditis neonatal con tratamiento antibiótico intravenoso empírico con ampicilina y cefotaxima. A las 12 h comienza con secreción a través del conducto de Stenon; se recoge muestra del exudado y se sustituye la antibioterapia por cloxacilina y cefotaxima.

Tanto en el cultivo de este exudado, como en el hemocultivo se identifican *Staphylococcus aureus* (*S. aureus*) sensible a la meticilina, *Streptococcus mitis* y *Streptococcus salivarius*, por lo que se completa

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: beatrizsalamanca@hotmail.com (B. Salamanca Zarzuela).



Figura 2. Edema y eritema en región parotídea.



Figura 3. Aumento de tamaño de la glándula parotídea izquierda.

Comentario final

La parotiditis bacteriana es una causa excepcional de infección en neonatos y lactantes debido a los anticuerpos maternos que los protegen durante los primeros 6 meses de vida¹.

La infección puede producirse por flujo bacteriano retrógrado a través del conducto de Stenon, y con menor frecuencia por siembra hematógena². El *S. aureus* es el microorganismo aislado más común (65%). En segundo lugar, y con mayor asociación con clínica generalizada y meningitis, se encuentra la infección por SGB. También se han descrito infecciones por otros bacilos gramnegativos, anaerobios y estreptococos^{1,3,4}.

El diagnóstico se basa en hallazgos clínicos, siendo la tumefacción de la glándula parotídea un signo universal. La afectación unilateral es la más frecuente. La fiebre se encuentra en menos de la mitad de los casos, habitualmente asociada a bacteriemia. Los resultados analíticos suelen ser inespecíficos, la leucocitosis y los neutrófilos elevados son los hallazgos más predominantes. El nivel sérico de amilasa se eleva en pocas ocasiones, debido a la inmadurez de esta actividad de la isoenzima salival en recién nacidos, lo que la hace inútil al diagnóstico, como en nuestro caso².

El cultivo positivo del exudado purulento del conducto ipsilateral de Stenon o de la aspiración de la glándula afectada es patognomónico. Cuando este resulta negativo, el crecimiento bacteriano del hemocultivo en este contexto clínico sugiere altamente el diagnóstico⁵.

La prematuridad, el sexo masculino, la necesidad de sonda nasogástrica y la deshidratación se comportan como factores de riesgo⁵.

El pronóstico es bueno ya que suelen responder bien a la antibioterapia intravenosa. Algunos autores consideran la cloxacilina como tratamiento de elección dada la alta frecuencia de *S. aureus* como agente causal, no obstante, cuando exista la posibilidad de infección por SGB, como en el caso que presentamos, el tratamiento empírico debe ser de amplio espectro, utilizando una cefalosporina de tercera generación hasta conocer el resultado de los cultivos¹. Las complicaciones, además de septicemia y meningitis incluyen fístulas salivales y abscesos, parálisis facial y mediastinitis, que pueden llegar a precisar cirugía⁵.

Bibliografía

1. Nso Rocaa AP, Baquero-Artigaoa F, García-Miguela MJ, del Castillo Martín F. Parotiditis aguda neonatal por *Streptococcus agalactiae*. An Pediatr (Barc). 2007;67:65-7.
2. Costa FD, Andrade DR, Cunha FI, Fernandes A. Group B streptococcal neonatal parotitis. BMJ Case Report. 2015;2015, pii: bcr2014209115.
3. Isfaoun Z, Radouani MA, Azzaoui S, Knouni H, Aguenauo H, Barkat A. Parotidite aigue néonatale suppurative: À propos de trois cas cliniques avec revue de la littérature. Pan Afr Med J. 2016;24:286.
4. Soler P, Monfort R, Castells L, Pagone F, Serres BJ. Síndrome de celulitis-adenitis por estreptococo del grupo B como presentación de sepsis neonatal tardía. An Pediatr. 2004;60:75-9.
5. 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;55:60-4.

tratamiento con cloxacilina intravenosa durante 10 días. Los cultivos de orina y LCR resultan negativos. Buena evolución posterior, permanece afebril desde las 48 h del ingreso, con mejoría progresiva de la induración y del eritema mandibular, desapareciendo la secreción purulenta por el conducto de Stenon hasta el 4.º día de ingreso. El hemocultivo de control y la serología IgM de parotiditis resultan negativos.