



Infecció bacteriana aguda de les glàndules salivals en el període neonatal. A propòsit de dos casos

Cristina Bonjoch, Joan Manuel Vinzo, Valderez Araujo¹, Francisco Salmerón, Pedro Domínguez*

Secció de Neonatologia i *Secció de Cures Intensives Neonatals. Servei de Neonatologia
Hospital Materno-Infantil Vall d'Hebron. Barcelona

Resum

La infecció bacteriana de les glàndules salivals és un problema poc freqüent en el nounat. Incideix sobretot en el nounat prematur i afecta amb major freqüència la glàndula paròtide.

Es presenten els casos de dues nounades prematures que al llarg de la seva tercera setmana de vida, sense factors de risc reconeguts, presenten semiologia inespecífica d'infecció i signes locals suggestius d'inflamació supurada d'una glàndula salival (paròtide en un cas i submaxil·lar en l'altre). En ambdues s'aïlla *Staphylococcus aureus* (sensibil·la a la meticil·lina) de l'exudat purulent del conducte salival corresponent. L'evolució de les dues pacients és favorable amb 10 dies de tractament antibiòtic per via parenteral (vancomicina i amikacina).

Amb els dos casos presentats es vol cridar l'atenció sobre la conveniència de recordar la infecció supurada de les glàndules salivals com a possibilitat diagnòstica, encara que sigui poc probable, davant tot nounat, sobretot prematur, que presenti semiologia infecciosa inespecífica.

Paraules clau: Glàndula paròtide. Glàndula submandibular. Infeccions estafilocòcciques. Prematur. Nounat.

Resumen

La infección bacteriana de las glándulas salivares es un problema poco frecuente en el recién nacido. Incide sobre todo en el neonato prematuro y afecta con mayor frecuencia a la glándula parótida.

El contingut d'aquest article ha estat presentat prèviament com a comunicació al XV Congrés de Medicina Perinatal (Salamanca, octubre, 1995).

¹ Pediatra becada pel Conselho Nacional de Investigaçao e Pesquisa de Brasília (Brasil)

Correspondència:

Pedro Domínguez

Unitat de Cures Intensives Pediàtriques

Hospital Materno-Infantil Vall d'Hebrón.

Pg. Vall d'Hebron 119-129. 08035 Barcelona

Treball rebut: 19-07-1995. Treball acceptat: 10-12-1995.

Bonjoch C, Vinzo JM, Araujo V, Salmerón F, Domínguez P.
Infecció bacteriana aguda de les glàndules salivals en el període neonatal. A propòsit de dos casos.
Pediatri Catalana 1996; 56: 208-210.

Se presentan los casos de dos recién nacidas prematuras que en su tercera semana de vida, sin factores de riesgo reconocidos, presentan semiología inespecífica de infección y signos locales sugestivos de inflamación supurada de una glándula salival (parótida en un caso y submaxilar en otro). En ambas se aísla *Staphylococcus aureus* (sensible a la meticilina) del exudado purulento del conducto salival correspondiente. La evolución de las dos pacientes es favorable tras 10 días de tratamiento antibiótico parenteral (vancomicina y amikacina).

Con los dos casos presentados se quiere llamar la atención sobre la conveniencia de recordar la infección supurada de las glándulas salivares como posibilidad diagnóstica, aunque sea poco probable, ante todo recién nacido, sobre todo si es prematuro, que presenta semiología infecciosa inespecífica.

Palabras clave: Glándula parótida. Glándula submandibular. Infecciones estafilocócicas. Prematuro. Neonato.

Summary

Bacterial infection of the salivary glands during the neonatal period is rare. It mainly affects the premature infant and the more commonly involved gland is the parotid.

Two female premature infants with unilateral suppurative inflammation of a salivary gland (the parotid in one patient and the submaxillary in the other) are reported. No risk factors could be identified. Both presented at three weeks of age with nonspecific systemic signs of infection. Local signs suggestive of salivary gland involvement were then observed. The exudate obtained from the oral opening of the corresponding salivary duct grew methicillin-sensitive *Staphylococcus aureus* in both cases. Complete clinical resolution was attained following a 10-day course of intravenous antibiotic therapy that included vancomycin and amikacin.

It is the aim of this report to emphasize that, although improbable, acute bacterial infection of the salivary glands is a diagnostic possibility in any newborn (particularly a premature) presenting with nonspecific signs of infection, even before local inflammatory signs are evident.

Key words: Parotid gland. Submaxillary gland. Staphylococcal infections. Infant, PPremature. Infant, Newborn.

Introducció

La infecció bacteriana de les glàndules salivals és un problema poc freqüent en el nou-nat, i és escassa la bibliografia referent a aquesta patologia, especialment en relació al prematur. En aquest article es comuniquen dos casos viscuts al llarg de 1994, l'un corresponent a una parotiditis i l'altre a una submaxil·litis, amb l'objectiu d'oferir un repàs d'aquesta problemàtica referida al període neonatal.

Cas 1

Nadó nena, prematura de 33 setmanes de gestació, amb un pes en néixer de 1.740 g, sense altre risc d'infecció que el determinat per la pròpia prematuritat¹. Exploració física neonatal dins la normalitat. Cultius externs i hemocultiu a l'ingrés negatius. Nivells d'immunoglobulines en néixer: IgG 680 mg/dL i IgM 25 mg/dL. Rep alimentació artificial amb fórmula adaptada per a prematurs per sonda nasogàstrica fins al desè dia de vida, i per succió a partir d'aleshores.

No presenta cap incidència clínica remarcable en la seva evolució fins que als 17 dies de vida presenta hipertèrmia (38°C) amb taquipnea i taquicàrdia discretes. Coincidint amb aquest fet s'aprecia tumefacció a la regió parotídia esquerra acompanyada de signes inflamatoris locals (eritema i dolor) i emissió de secreció purulenta a través de l'orifici del conducte de Stenon, que s'accentua amb la pressió sobre l'àrea parotídia. L'hemograma mostra 18.700 leucòcits/mm³ amb un 47% de segmentats i un 6% de crossejats, i és la proteïna C-reactiva (PCR) de 3.6 mg/dL. L'hemocultiu i el cultiu del líquid cefaloraquídi (LCR) resulten negatius. En el cultiu de l'exudat glandular s'aïlla *Staphylococcus aureus* juntament amb *Streptococcus sp* i *Streptococcus viridans*. Es realitza tractament antibiòtic endovenós amb vancomicina i amikacina durant 10 dies (malgrat que finalment es tractés d'un estafilococ sensible a la meticil·lina) i desapareix la tumefacció als 3 dies d'haver iniciat la teràpia.

Posteriorment segueix una evolució clínica i ponderal favorable, i és donada d'alta als 29 dies de vida amb un pes de 2.600 g. En posteriors controls de seguiment neonatal no s'objectiva cap seqüela relacionada amb la infecció neonatal.

Cas 2

Nadó nena prematura de 33 setmanes de gestació, amb un pes en néixer de 1.800 g, sense altre risc d'infecció que el propi de la prematuritat. Exploració física neonatal dins de la normalitat. Cultius externs i hemocultiu a l'ingrés negatius. Nivells d'immunoglobulines en néixer: IgG 565 mg/dL i IgM <4 mg/dL. Rep alimentació artificial

amb fórmula adaptada per a prematurs per sonda nasogàstrica fins als 22 dies de vida, i per succió a partir d'aleshores.

No presenta cap incidència clínica remarcable en la seva evolució fins que als 17 dies de vida presenta febrer (37°C) amb irritabilitat i retencions gàstriques que no impideixen l'alimentació enteral. Coincidint amb aquest fet s'aprecia tumefacció a la regió submaxil·lar dreta (Fig. 1), acompanyada de signes inflamatoris locals (eritema i dolor) i emissió de secreció purulenta a través del conducte de Warthon que s'accentua en pressionar sobre l'àrea submaxil·lar. L'hemograma mostra 23.200 leucòcits/mm³ amb un 62% de segmentats i un 1% de crossejats, i és la PCR de 5.2 mg/dL. L'hemocultiu i el cultiu del LCR resulten negatius. En el cultiu de l'exudat glandular s'aïlla *Staphylococcus aureus* juntament amb estafilococ plasmocoagulasa negatiu. Es realitza tractament endovenós amb vancomicina i amikacina durant 10 dies (malgrat que es tracta finalment, com en el cas anterior, d'un estafilococ sensible a la meticil·lina), i desapareix la tumefacció als 3 dies d'haver iniciat la teràpia.

Posteriorment segueix una evolució clínica i ponderal favorable, i és donada d'alta als 33 dies de vida amb un pes de 2.550 g. En posteriors controls de seguiment neonatal no s'objectiva cap seqüela relacionada amb la infecció neonatal.



Fig. 1. Tumefacció localitzada a la zona submaxil·lar. (cortesia del Dr. Fèlix Castillo)

Discussió

Considerant les escasses referències bibliogràfiques, cal entendre que en el període neonatal és infreqüent la infecció bacteriana de les glàndules salivals. Així i tot, és un problema potencial real que afecta preferentment nous-nats prematurs a partir de la segona setmana de vida, i és la paròtide la glàndula que amb major freqüència es veu implicada^{2,3}.



Des del punt de vista patogènic, se cita la deshidratació com a factor predisposant^{2,4,5}, sense que s'hagi pogut constatar aquest fet en els casos aquí presentats. Sembla que la cavitat oral serveix com a porta d'entrada preferent, encara que no es pot descartar la bacterièmia transitòria com a causa de metastasis sèptiques sobre les glàndules^{2,4}. En la literatura revisada no s'han trobat referències respecte al possible paper patogènic de la disfunció immunitària pròpia del període neonatal⁶.

Respecte a l'etiologia, que ha de ser investigada mitjançant la recollida de mostres per a cultiu (especialment l'exudat purulent procedent de la glàndula afectada), se cita el *Staphylococcus aureus* com el germen més freqüentment implicat^{2,5}. Malgrat tot, altres bacteris poden ser igualment responsables: *E. coli*, *P. aeruginosa*, *Streptococ* del grup B i, fins i tot *K. pneumoniae*³.

Les manifestacions clíniques són fonamentalment locals: tumefacció dolorosa, fluctuació i eritema de la pell supraadjacent a les glàndules. Solen acompanyar-se d'irritabilitat, anorèxia, febre i estancament ponderal. L'aparició d'un exudat purulent a través de l'orifici de desembocadura en la cavitat oral del conducte glandular corresponent, amb o sense expressió manual prèvia de la glàndula, sembla que és un factor constant^{2,3,5}.

El diagnòstic, a part de la tipificació etiològica que requereix proves microbiològiques, és essencialment clínic. Així i tot, l'ecografia (no realitzada en cap dels 2 casos presentats) pot ser d'utilitat com a exploració complementària⁷.

Quant al tractament, aquest s'ha d'iniciar amb una pauta antibiòtica d'ampli espectre per via endovenosa: una penicil·lina resistent a la penicil·linasa (o vancomicina en les unitats neonatals amb prevalença significativa d'estafilococ MARSA) juntament amb un aminoglicòsid sembla que és una combinació raonable fins a disposar del resultat dels cultius i dels estudis de sensibilitat antibiòtica^{2,3}. La dosi s'ha d'adequar a l'edat i el pes del pacient. La durada del tractament sembla que ha d'anar a remolc de l'evolució dels signes d'inflamació local, i prolongar-se un mínim de tres dies després de la seva desaparició². El tractament quirúrgic mitjançant drenatge s'ha de reservar per als casos on l'antibioticoteràpia no resulti efectiva, amb evolució de la tumefacció glandular cap a la fluctuació local progressiva malgrat l'administració endovenosa d'antibiòtics apropiats^{2,5}.

Com a possibles complicacions se citen la infecció d'una altra glàndula salival i la septicèmia, juntament amb altres probablement ja històriques (aquestes pròpies de l'era pre-antibiòtica) com ara la paràlisi facial, fístula salival, infeccions del conducte auditu extern i mediastinitis⁴.

És possible la recurrència de la infecció, fonamentalment en relació amb l'existència de sialoangièctasi⁴,

sense que s'hagi pogut determinar que la seva presència sigui d'origen congènit o bé conseqüència de la infecció. No existeixen referències clares sobre el pronòstic funcional a llarg termini, encara que és probable que la infecció en el període neonatal, un cop guarida sense complicacions, no comporti problemes en èpoques posteriors de la vida.

Abans de finalitzar aquesta revisió, sembla oportú fer una reflexió sobre l'escassetat de referències bibliogràfiques sobre el tema que ens ocupa. Es podria especular que la poca especificitat de la clínica infecciosa en el prematur; la possibilitat de passar per alt signes inflamatoris locals; la predisposició dels neonatòlegs a instaurar aviat tractament antibiòtic davant tota sospita d'infecció, i la bona resposta de la infecció supurativa de les glàndules salivals a l'antibioteràpia empírica comunament utilitzada en les unitats neonatals, podrien explicar la baixa incidència amb què aquest problema sembla ser detectat i comunicat. En qualsevol cas, cal insistir que aquesta infecció és probablement un procés poc freqüent en el nònat, però no per això ha d'oblidar-se. Així, davant tot nònat, especialment prematur, que presenta en la seva evolució semiologia suggestiva d'infecció s'ha de pensar, entre altres entitats certament més probables, en la possibilitat diagnòstica d'infecció bacteriana aguda de les glàndules salivals, i actuar en conseqüència.

Bibliografia

- 1 Salcedo S, Fina A, Perapoch J, Castillo F, Domínguez P, Perramon X et al. Nònat i risc obstètric d'infecció bacteriana perinatal. But Soc Cat Pediàtr 1995; 55: 91-97.
- 2 Marcy SM, Overturf GD. Focal bacterial infections A: Remington JS, Klein JO, eds. Infectious diseases of the fetus and newborn infant. 4a ed. Philadelphia: WB Saunders, 1995; 957-958.
- 3 Çoban A, İnce Z, Üçsel R, Özgeneci A, Can G. Neonatal suppurative parotitis: a vanishing disease? Eur J Pediatr, 1993; 152: 1004-1005.
- 4 Leake D, Leake R. Neonatal suppurative parotitis. Pediatrics 1970; 46: 203-207.
- 5 Raad II, Sabbagh MF, Caranasos GJ. Acute bacterial sialadenitis: A study of 29 cases and review. Rev Infect Dis 1990; 12: 591-601.
- 6 Rosales S. Els mecanismes immunològics de defensa en el nònat. But Soc Cat Pediàtr 1985; 45: 453-465.
- 7 Hammond A, Sijbrandij ES. Purulent parotitis in an infant. Tijdschr Kindergeneesk 1991; 59: 216-218.