

## Parotidite Bacteriana Neonatal

TERESA AGUIAR, ALEXANDRA DIAS, GONÇALO CORDEIRO FERREIRA, MARIA DO CÉU MACHADO

Departamento de Pediatria  
Hospital Fernando Fonseca

### Resumo

A parotidite bacteriana neonatal é uma patologia pouco frequente no recém-nascido e também pouco referida na literatura. Inicialmente descrita em 1878, foram relatados até ao momento cerca de 100 casos.

**Objectivo:** Análise casuística de parotidite bacteriana neonatal no Departamento de Pediatria do Hospital Fernando Fonseca.

**Material e métodos:** Estudo retrospectivo dos 4 casos de parotidite bacteriana neonatal internados de 1 de Março de 1997 a 28 de Fevereiro de 1999.

**Resultados:** Verificou-se uma incidência de 1/2365 nados vivos no Hospital Fernando Fonseca no período acima referido.

A doença manifestou-se entre o 10<sup>a</sup> e o 20<sup>o</sup> dia de vida, aparecendo uma tumefacção na região parotídea (acompanhada de febre em 3 casos); verificou-se boa resposta clínica e laboratorial à antibioterapia endovenosa, sem necessidade de drenagem cirúrgica e sem ocorrência de recidivas.

Os exames culturais revelaram *Escherichia coli* em 2 casos (isolamento no pús recolhido do orifício do canal de Sténon) e *Streptococcus do grupo B* num caso (isolamento em hemocultura).

Três dos recém-nascidos eram do sexo feminino e apenas um era prematuro.

**Conclusões:** A incidência da parotidite bacteriana no Hospital Fernando Fonseca está de acordo com a referida na literatura.

O diagnóstico desta situação é claramente clínico, podendo ser confirmado através de estudo ecográfico.

Os agentes envolvidos na nossa casuística não são no entanto os descritos na literatura, pelo que se discute a escolha de terapêutica empírica inicial, bem como a duração total da antibioterapia.

**Palavras-chave:** recém-nascido, neonatal, parotidite bacteriana.

### Summary:

#### Neonatal Bacterial Parotiditis

Neonatal suppurative parotitis is a rare infectious disease in the newborn period and there are few reports in the literature. It was described for the first time in 1878 and, since then there are few more than 100 cases published.

**Objectives:** Analysis of the cases of neonatal parotitis admitted to the Paediatric Department of Fernando Fonseca Hospital.

**Material and Methods:** Retrospective study of the four cases of Neonatal Parotitis admitted from 1st March 1997 to 28th February 1999.

**Results:** During this period the incidence of neonatal suppurative parotitis was 1 in 2365 newborns. The disease appeared between days 10 and 20 after birth with parotid gland swelling (with fever in three cases). There was a good clinical and laboratorial outcome with systemic antibiotic treatment. There was no need for surgical drainage or recurrence.

Cultures were positive for *Escherichia coli* in two cases (isolation in the purulent material expressed from the Stenon duct) and for *Streptococcus B* in one case (isolation in blood).

Three of the newborns were females and only one of all was born prematurely.

**Conclusions:** The incidence of neonatal suppurative parotitis at Fernando Fonseca Hospital was nearly the same as described in literature.

Diagnosis is based on clinical findings and can be confirmed by ultrasound.

The isolated agents were not those that are commonly reported in literature. The authors discuss the empirical systemic antibiotic therapy as well as its duration.

**Key-words:** newborn, neonatal, suppurative parotitis

### Introdução

A infecção das glândulas salivares é uma situação pouco frequente no período neonatal, sendo geralmente envolvida a parótida (<sup>1</sup>). Os primeiros casos de parotidite bacteriana neonatal foram descritos em 1878 (2,3); até 1970, segundo a revisão efectuada por Leake & Leake,

Correspondência: Alexandra Dias  
Departamento de Pediatria  
Hospital Fernando Fonseca  
2700- Amadora  
Telefone: 214348201

foram publicados 97 (3). Desde então, na literatura ocidental foram descritos mais 22 casos<sup>(4,5,6,7,8)</sup>.

A incidência é de um em 2000 recém-nascidos (RN) (8), com predominância no sexo masculino (1-3,6) e no RN pretermo<sup>(1-6,8)</sup>. O diagnóstico é clínico sendo a tumefacção parotídea com sinais inflamatórios<sup>(1-3,5,6)</sup> associada frequentemente a febre, o sinal mais frequente<sup>(1-3,5,6)</sup>.

O agente mais frequentemente implicado é o *Staphylococcus aureus*<sup>(1-3,5,6,8)</sup>, podendo estar implicados outros microorganismos como a *Escherichia coli*<sup>(1-3,6)</sup>, a *Pseudomonas aeruginosa* (1-3,6), diversas estirpes de *Streptococcus*<sup>(1,3,5,6,8)</sup> e anaeróbios orais<sup>(1-3,6,7)</sup>.

A terapêutica deverá ser primariamente médica<sup>(1-3,6,7)</sup>,

podendo eventualmente ser necessário o recurso à cirurgia.

O objectivo deste trabalho foi o estudo dos casos de parotidite bacteriana neonatal internados no Departamento de Pediatria do Hospital Fernando Fonseca.

### Material e métodos

Foi feita uma análise retrospectiva dos processos clínicos dos quatro recém-nascidos internados no Serviço de Pediatria do Hospital Fernando Fonseca num período de dois anos, compreendido entre 1 de Março de 1997 e 28 de Fevereiro de 1999, com o diagnóstico final de parotidite bacteriana.

#### Quadro I

Descrição sumária dos 4 casos apresentados

	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4
Sexo	Feminino	Feminino	Feminino	Masculino
Idade	20 dias	10 dias	16 dias	18 dias
Idade gestacional	35 semanas 5 dias	39 semanas	40 semanas	38 semanas 5 dias
Clínica	Febre  Tumefacção parotídea unilateral	Febre Irritabilidade Tumefacção parotídea unilateral com sinais inflamatórios	febre Irritabilidade Tumefacção parotídea unilateral com sinais inflamatórios	Tumefacção parotídea unilateral com sinais inflamatórios
Hemocultura	negativa	negativa	<i>Streptococcus B</i>	negativa
Exame cultural pús canal Sténon		<i>Escherichia coli</i>	flora polimorfa	<i>Escherichia coli</i> <i>Strept. viridans</i>
Ecografia	↑ dimensões e heterogenicidade parótida esq	↑ dimensões e ↓ ecogenicidade parótida esq	↑ dimensões e parótida esq e tec mole cervical	↑ dimensões e ecogenicidade parótida esq
Tratamento	Flucloxacilina 10 d Gentamicina 6 d	Flucloxacilina 7 d Gentamicina 10 d Ampicilina 3 d	Ampicilina 10 d Gentamicina 10 d	Ampicilina 7 d Gentamicina 7 d
Evolução	Apirexia D1 S/ tumefacção D4	Apirexia D2 S/tumefacção D7	Apirexia D2 S/ tumefacção D5	S/ tumefacção D7
Agente	Não isolado	<i>Escherichia coli</i>	<i>Streptococcus B</i>	<i>Escherichia coli</i> <i>Streptococcus viridans</i>

↑ - aumento; ↓ - diminuição; tec - tecido; d- dias; s/- sem; D1- 1ºdia; D2-2ºdia; D4- 4ºdia; D5- 5ºdia; D7- 7ºdia



## Resultados

Durante este período, houve 4910 internamentos na enfermaria de Pediatria e nasceram 9460 nados-vivos no Hospital Fernando Fonseca. Em quatro recém-nascidos foi efectuado o diagnóstico de parotidite bacteriana neonatal, correspondendo a um em cada 2365 nados vivos neste Hospital.

Verificou-se uma predominância no sexo feminino e apenas um era prematuro.

Três dos recém-nascidos apresentaram febre, associada em dois deles a irritabilidade.

Foi possível o isolamento do agente em três casos- um na hemocultura e os restantes no exsudado recolhido do canal de Sténon. O agente mais frequentemente implicado foi a *Escherichia coli*. Os antibióticos utilizados de forma empírica foram flucloxacilina e gentamicina endovenosos, tendo sido corrigidos posteriormente conforme o agente e o antibiograma e não tendo sido necessária uma abordagem cirúrgica.

Em todas as crianças assistiu-se a boa evolução clínica, não se verificando recidivas.

Os casos estão apresentados de forma sumária no quadro I.

## Discussão

A parotidite bacteriana é uma patologia rara no período neonatal, sendo a incidência referida na literatura revista de um caso em cada 2000 nados vivos<sup>(8)</sup>. No nosso Hospital constatámos uma incidência semelhante à descrita, cifrando-se em 1/2365 nados vivos.

Embora a parotidite bacteriana neonatal seja mais frequente no sexo masculino<sup>(1-3,6)</sup> e nos prematuros<sup>(1-6,8)</sup>, 75% dos nossos doentes eram do sexo feminino e apenas um era pré-termo.

Clinicamente manifesta-se por tumefacção parotídea predominantemente unilateral, com sinais inflamatórios, à qual se associam sinais e sintomas sistémicos como febre, recusa alimentar e perda de peso<sup>(1-3,5,6)</sup>. Na nossa série, verificou-se que a febre esteve presente em ¾ dos casos e que 50% dos doentes apresentavam irritabilidade, não tendo havido referência a recusa alimentar ou perda de peso. A ecografia confirmou o diagnóstico clínico, revelando em todos os casos um aumento das dimensões de uma das glândulas parotídeas.

A infecção da parótida pode ocorrer quer por ascensão do microorganismo a partir da cavidade oral através do canal de Sténon, quer por disseminação hematogénea, associada ou precedida de sépsis<sup>(1,2,5-7)</sup>. O agente mais frequentemente implicado é o *Staphylococcus aureus*, seguido de outros agentes menos frequentes como *Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Streptococcus*  $\alpha$  e  $\beta$  hemolítico, ou anaeróbios<sup>(1-10)</sup>. Na nossa série foi

possível o isolamento dos agentes responsáveis em três casos : em dois casos a *Escherichia coli* no exsudado do canal de Sténon (num deles associado a *Streptococcus viridans*) e no outro caso o *Streptococcus B* na hemocultura. Estes achados não são concordantes com outros constantes na literatura, embora na casuística mais recente apresentada por Sabatino e colaboradores<sup>(7)</sup>, seja referida uma alteração na etiologia microbiológica desta patologia, sem que tenham sido determinados os factores dessa mudança.

A terapêutica efectuada em todos o casos foi apenas médica, tendo sido feita antibioterapia endovenosa. Em relação à escolha inicial da antibioterapia, ela recaiu em dois casos sobre uma associação entre uma penicilina resistente às penicilinases (flucloxacilina) e um aminoglicosídeo (gentamicina), e nos outros dois casos sobre uma associação entre uma aminopenicilina (ampicilina) e um aminoglicosídeo (gentamicina). Apesar de o agente mais frequentemente descrito como implicado na parotidite bacteriana neonatal não ter sido encontrado na nossa série, pensamos que, tal como descrito na literatura<sup>(1,2,5-7,10)</sup>, a antibioterapia empírica deve ser dirigida contra estafilococos, estreptococos e bacilos Gram negativos, sendo então a primeira escolha uma associação entre uma penicilina resistente às penicilinases e um aminoglicosídeo. Posteriormente a terapêutica deverá ser ajustada de acordo com o antibiograma.

A duração ideal da terapêutica antibiótica é desconhecida, sendo este assunto omitido pela maioria dos autores: apenas dois fazem referência, um deles recomendando a duração até três a cinco dias após o desaparecimento dos sinais inflamatórios<sup>(2)</sup>, e o outro um total de sete a dez dias ou pelo menos até ao desaparecimento da tumefacção<sup>(7)</sup>. Nos nossos casos, optámos por efectuar o tratamento durante sete a dez dias, atendendo ao grupo etário. Em todos os casos assistiu-se a uma boa evolução clínica, não tendo sido necessário o recurso à drenagem cirúrgica. Tal como está descrito por outros autores<sup>(1-3,5-7)</sup> não ocorreram recidivas.

## Referências :

1. Marcy S M, Overturf G D. Focal bacterial infections. In: Remington J S and Klein J O, Eds. Infectious diseases of the fetus and newborn infant. 4th ed. Philadelphia: W B Saunders Company, 1995: 957-58.
2. Yoder MC, Polin R A. The immune system. In Fanaroff A A and Martin R J, Eds. Neonatal and Perinatal Medicine. 6th ed. St Louis: Mosby, 1997: 746-747.
3. Leake D. & Leake R. Neonatal suppurative parotitis. Pediatrics 1970; 46: 203-207.
4. David R.P. & O'Connell E.J. Suppurative parotitis in children. Am J Dis Child 1970; 199: 332-335
5. Coban A. & al. Neonatal suppurative parotitis: a vanishing disease? Eur J Pediatr 1993; 152 (12) : 1004-1005

6. Martínez M. & al. Parotitis supurada en el periodo neonatal. *An Esp Pediatr* 1998; 48 : 415-416
7. Sabatino G. & al. Neonatal suppurative parotitis: a study of five cases. *Eur J Pediatr* 1999; 158 : 312-314
8. Sanford H. & Schmigelsky I. Purulent parotitis in the newborn. *J Pediatr* 1945; 26 : 149-154
9. Campbell W.A.B. & Belf M.D. Purulent parotitis in the newborn: report of a case. *Lancet* 1951; 2: 386
10. Chesney PJ, Patters M R, Patters A. Infections of the oral cavity. In: Long S S, Pickering L K, Prober C G, Eds. *Principles and practice of pediatric infectious diseases*. New York, Churchill-Livingstone 1997: 184