Revista MEDICA Hondureña

CASO CLÍNICO

Parotiditis supurativa aguda neonatal. Reporte de caso

Neonatal acute suppurative parotitis. Case report

Andrea Estefanía Ramos Ortega[1] https://orcid.org/0009-0000-7600-4073, **Luis Fernando Ponce Paredes**[2] https://orcid.org/0009-0007-7198-2768.

[1]Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Facultad de Ciencias Médicas, Postgrado de Pediatría; Tegucigalpa, Honduras.
[2]Hospital de Especialidades del Instituto Hondureño de Seguridad Social, Servicio de Recién Nacidos; Tegucigalpa, Honduras.

RESUMEN. Introducción: La parotiditis supurativa aguda neonatal es una condición poco frecuente, generalmente asociada a factores como prematurez, bajo peso, deshidratación, entre otros; el principal agente infeccioso reportado es el *Staphylococcus aureus*. **Descripción del caso**: Recién nacido masculino de 20 días de vida, presenta aumento de volumen en región maxilar izquierda de 3 días de evolución y fiebre 39°C. Al examen físico: irritable, con hiporexia y cambios inflamatorios que comprometían la adecuada succión/deglución, dolor a la palpación y secreción purulenta a través del conducto de *Stenon del lado izquierdo.* Antecedentes del nacimiento: Nace vía cesárea, 39 semanas de gestación, peso 3900 gramos. Ultrasonografía: cambios inflamatorios y aumento de tamaño de la glándula parótida izquierda. Análisis hematológico reporta monocitosis (10.7%, valor de referencia 2-8) y linfocitosis (52.1%, valor de referencia 25-40). Marcadores inflamatorios: procalcitonina 0.260 ng/mL (bajo riesgo de progresión a sepsis), velocidad de eritrosedimentación 7 mm/h (normal, valor de referencia 0-13), proteína C reactiva 19.40 mg/L (elevada, valor de referencia 1.00-5.00), cultivo de secreción: *Staphylococcus aureus*, sensible a clindamicina. Manejo en sala de recién nacidos con clindamicina intravenosa a 10 miligramos/kilogramo/dosis cada 8 horas por 7 días, con evolución clínica satisfactoria. **Conclusión**: Neonato con parotiditis supurativa aguda causada por *Staphylococcus aureus*; no se logró determinar la causa desencadenante; no obstante, el manejo fue exitoso con clindamicina intravenosa, sin complicaciones. Los autores recomiendan instaurar sospecha en recién nacidos que presenten inflamación en región maxilar y fiebre con o sin factores de riesgo.

Palabras clave: Parotiditis, Recién nacido, *Staphylococcus aureus.*

INTRODUCCIÓN

Las infecciones de las glándulas salivales son poco frecuentes en neonatos, sin embargo, cuando ocurren, afectan con mayor frecuencia a las glándulas parótidas comparadas con las submandibulares.[1-3] La parotiditis supurativa aguda neonatal es una afección inflamatoria o infecciosa de la glándula parótida;[3] con una prevalencia del 3.8 a 14.0/10,000 y de 1/100,000 recién nacidos de término.[4] En el 77% de los casos se reporta en varones y a los pocos días o menos de un mes de vida;[2,5] generalmente asociado a factores de riesgo como prematuridad (edad gestacional <37 semanas), bajo peso al nacer, deshidratación,[1,6] además, de traumatismo en la cavidad oral, inmunosupresión, obstrucción del conducto de *Stenon*, anomalías glandulares estructurales, sepsis, alimentación por sonda nasogástrica y desnutrición.[7]

La infección de la glándula parótida se produce por flujo retrogrado de bacterias o por la diseminación hematógena desde la cavidad oral a través del conducto de *Stenon*, que sale de la glándula por delante del pabellón auricular y discurre por debajo del arco cigomático, sobre el músculo masetero.[4,7] El agente etiológico causal reportado en el 55% de los casos es S*taphylococcus aureus*; aunque, también se han descrito otros microorganismos grampositivos, gramnegativos y anaerobios;[5,8,9] entre estos *Escherichia coli*, Klebsiella, *Pseudomonas aeruginosa; estreptococos del* grupo B;[7] así como Bacteroides y Fusobacterium e incluso micobacterias.[4]

Clínicamente se caracteriza por inflamación y dolor a la palpación sobre la glándula parótida unilateral, enrojecimiento de la piel por delante y debajo de la oreja, a menudo se observa en la cavidad oral secreción purulenta a través del conducto de *Stenon*; acompañado de fiebre, la progresión es rápida estimada en uno o dos días.[1,7,10] La confirmación diagnóstica se realiza mediante ecografía y cultivo de la secreción purulenta

Recibido: 21-07-2025 Aceptado: 20-10-2025 Primera vez publicado en línea: 05-11-2025
Dirigir correspondencia a: *Andrea Estefanía Ramos Ortega*
Correo electrónico: *andreaortega135@gmail.com*

DECLARACIÓN DE RELACIONES Y ACTIVIDADES FINANCIERAS Y NO FINANCIERAS: *Ninguna.*

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS: *Ninguna.*

Forma de citar: Ramos-Ortega AE, Ponce-Paredes LF. Parotiditis supurativa aguda neonatal. Reporte de caso. Rev Méd Hondur. 2025; 93 (Supl. 3). S22-S25. DOI: https://doi.org/10.5377/rmh.v93iSupl.3.21363

© 2025 Autor(es). Artículo de acceso abierto bajo la licencia https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es

de la parotídea.[11,12] El tratamiento se basa principalmente en la hidratación y administración de antibióticos intravenosos, y solo en el 23% de los casos se requiere drenaje quirúrgico.[2] El pronóstico es favorable si se inicia precozmente antibioticoterapia, entre las complicaciones se han descrito abscesos intraglandulares y sepsis.[1] El objetivo de los autores es reportar un caso poco frecuente de parotiditis supurativa aguda neonatal, y la importancia del manejo oportuno para la prevención de complicaciones.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Entre los antecedentes maternos: 31 años, casada, profesional de la enfermería, tipo y Rh A positivo. VDRL no reactivo, VIH negativo, toxoide tetánico vigente. Antecedentes personales patológicos negativos. Antecedentes infecciosos negativos. Historia gineco-obstetra: Gestas 1, Cesárea 1, Hijos vivos 1. Número de controles prenatales: 8 por ginecobstetra. En cuanto a los datos del nacimiento, se reportó: Edad gestacional 39 semanas, vía cesárea, masculino, puntaje de Apgar al primer y quinto minuto de 9, respectivamente. No requirió maniobras de reanimación, no circular de cordón. Peso al nacer: 3,900 gramos, talla: 53 centímetros, perímetro cefálico: 37 centímetros, torácico: 33 centímetros, abdominal: 33 centímetros. Sin malformaciones.

Se presenta recién nacido masculino de 20 días de vida, con aumento de volumen en región maxilar izquierda de 3 días de evolución y fiebre 39°C. Al examen físico: irritable, se observa inflamación y enrojecimiento en área por debajo y delante de la oreja izquierda (**Figura 1**) que comprometían la adecuada succión y deglución, dolor a la palpación de glándula parótida izquierda; en cavidad oral se observa salida de secreción purulenta a través del conducto de *Stenon* al ejercer masaje sobre la glándula del lado izquierdo.

Figura 1. Región maxilar izquierda del neonato. Se observan cambios inflamatorios en región maxilar izquierda, enrojecimiento de la piel por delante y debajo de la oreja.

Se le practicó ultrasonografía al ingreso: Reportando cambios inflamatorios y aumento de tamaño de la glándula parótida izquierda y adenopatías reactivas. En los estudios laboratoriales: Hematología: Monocitosis (10.7%, valor de referencia 2-8) y linfocitosis (52.1%, valor de referencia 25-40). Marcadores inflamatorios: procalcitonina 0.260 ng/mL (bajo riesgo de progresión a sepsis), velocidad de eritrosedimentación 7 mm/h (normal, valor de referencia 0-13), proteína C reactiva 19.40 mg/L (elevada, valor de referencia 1.00-5.00), hemocultivo negativo, cultivo de secreción de glándula parótida: *Staphylococcus aureus* (sensible a clindamicina y cloranfenicol) y *Enterobacter cloacae* (sensible a ceftriaxona, ceftazidima y cefepima).

El manejo fue en sala de recién nacidos con clindamicina intravenosa a 10 miligramos/kilogramo/dosis cada 8 horas por 7 días, con evolución clínica satisfactoria y egreso de la institución a los 10 días de hospitalización con cita en consulta externa.

DISCUSIÓN

La parotiditis supurativa aguda neonatal es poco frecuente; antes de 1970 se reportaron menos de 90 casos; y autores como Spiegel *et al*; reportaron que entre 1970 y 2004 había 32 casos reportados en la literatura en inglés; la mayoría de ellos como informes de casos únicos;[13] y según Kolekar S, et al; en una actualización hasta el 2016 afirmó que solo se habían reportado 44 casos.[2] En este reporte, se presenta un nuevo caso de parotiditis supurativa aguda neonatal, en un recién nacido de 20 días de vida, que inició con fiebre de 3 días de evolución; dolor en región maxilar izquierda, sin factor de riesgo identificado como prematurez (39 semanas al nacer) ni bajo peso al nacer (3900 gramos); lo que coincide con el reporte de Spiegel R, et al; sobre dos casos de parotiditis supurativa neonatal, el primero de 16 días de edad, con peso al nacer de 3,570 gramos, sin complicaciones durante el parto, con historia de fiebre e inflamación periauricular izquierda, y un segundo caso de 28 días de nacido con 2,700 gramos de peso al nacer, quien fue ingresado por fiebre e inflamación de la mejilla derecha, ambos casos del sexo masculino;[13] sin embargo, en otro caso reportado por Ray & Nadeem, corresponde a una niña pretérmino (26 semanas) y que estaba siendo alimentada por sonda nasogástrica, presentó parotiditis supurativa aguda por *Staphylococcus aureus* [14] es decir, con claros factores predisponentes para esta condición.

Particularmente, en este caso el recién nacido era del sexo masculino y presentaba fiebre (39°C), tal como lo describe la literatura, en el reporte de Spiegel R, et al; se estimó que de 32 casos reportados el 72% eran varones, 38% prematuros y 41% presentaron fiebre como síntoma principal.[13] No obstante, en el reporte de Kolekar S, et al; que corresponde a un neonato del sexo femenino con 15 días de edad, a término, con peso al nacer de 2,950 gramos que presentó una historia de fiebre

(38.5°C) de tres días de evolución, además de irritabilidad y dificultad para amamantarse e inflamación preauricular izquierda, y se observó que exudaba pus a través del conducto de *Stenon* izquierdo al aplicar presión sobre la superficie externa;[2] el caso era similar al de este reporte, sin factores de riesgo predisponentes e incluso era del sexo femenino que se ha reportado en menor frecuencia.

Al realizar una exploración física el recién nacido estaba irritable y presentaba cambios inflamatorios en la mejilla izquierda por delante y detrás de la oreja, lo que comprometía la adecuada succión, además, tenía dolor a la palpación y secreción purulenta a través del conducto de *Stenon* del lado izquierdo; hallazgos que coinciden con el reporte de Velkoski A, et al; respecto a un lactante varón, nacido mediante cesárea a las 37 semanas de gestación y peso 2,545 gramos, quien fue llevado a urgencias a los 17 días de edad con llanto incesante, principalmente durante la lactancia materna con pocas horas de evolución, se encontró temperatura de 37.5°C y en la cavidad oral se observó salida de exudando a través del conducto de *Stenon* derecho al aplicar presión externa sobre la glándula parótida; se tomaron muestras de exudado y sangre para cultivo, y se diagnosticó parotiditis supurativa aguda;[15] similares hallazgos a los de este caso, en quien también se confirmó diagnóstico mediante cultivo de secreción.

Así también, en este caso se realizó ultrasonografía que reportó cambios inflamatorios y aumento de tamaño de la glándula parótida del lado izquierdo, además adenopatías reactivas; además, el análisis hematológico reveló monocitosis y linfocitosis, el valor de procalcitonina mostró bajo riesgo de progresión a sepsis, con valor de la proteína C reactiva elevado, y en el cultivo de secreción de glándula parótida se reportó presencia de *Staphylococcus aureus,* el cual era sensible a clindamicina y cloranfenicol; estos hallazgos difieren relativamente con el reporte de Velkoski A, et al; debido a que en ese caso se reportó neutrofilia; aumento de la proteína C reactiva (1.87 mg/dl, valor normal <0.5 mg/dl); además, se encontró en cultivo del pus parotídeo *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina;[15] no obstante, la literatura reporta que el principal agente etiológico en el 55% de los casos es el S*taphylococcus aureus*,[13] igual al encontrado en este caso, sin embargo, también pueden ser aislados otros microorganismos en menor frecuencia. Además, del *Staphylococcus aureus,* en este paciente también se identificó, *Enterobacter cloacae;* es decir, coincidieron dos microorganismos en la ocurrencia de la infección; en la literatura revisada solamente se encontró un caso similar en el cual fueron identificados dos agentes etiológicos; específicamente, el reporte de Megged & Baskin, que corresponde a un niño de 6 días de nacido que presentó irritabilidad e inflamación en la zona preauricular derecha, con antecedente de parto vaginal espontáneo a término y peso al nacer de 3,805 gramos, en la exploración física su temperatura era de 37.5°C, y se encontró inflamación en la zona preauricular derecha con expulsión de material purulento del orificio del conducto de *Stenon*; además, se realizó una ecografía que reveló agrandamiento y edema de la glándula parótida; sin embargo, se inició tratamiento intravenoso empírico con cefazolina y gentamicina; pero luego en reporte del cultivo fueron identificados *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus mitis* sensibles a la meticilina; por lo que se cambió el tratamiento a amoxicilina-ácido clavulánico intravenoso que mostró una mejoría clínica significativa, y luego de cumplimiento de 5 días de tratamiento se modificó a vía oral hasta completar 10 días reportando recuperación completa del neonato.[16]

Aunque, en este neonato, el manejo se realizó en base al reporte del antibiograma con sensibilidad para clindamicina intravenosa a dosis de 10 miligramos/kilogramo/dosis cada 8 horas durante 7 días con evolución satisfactoria, sin reporte de complicaciones. Lo anterior no coincide con el caso reportado por Gupta A, et al., debido a que en ese paciente no fueron realizados cultivos debido a la falta de personal disponible en la institución y a la breve duración del drenaje purulento; por lo que luego de 48 horas de tratamiento con antibióticos intravenosos, se observó una rápida mejoría clínica hasta completar cinco días, aunque se modificó el esquema a clindamicina oral durante 10 días, con resolución del cuadro y fue dado de alta.[8]

En conclusión, este reporte de un neonato con parotiditis supurativa aguda por *Staphylococcus aureus* confirmada mediante cultivo de secreción, aunque no se logró determinar la causa desencadenante, no obstante, el manejo fue exitoso con antibioticoterapia con clindamicina intravenosa, sin complicaciones. Los autores recomiendan instaurar la sospecha de parotiditis supurativa aguda neonatal en recién nacidos con inflamación abrupta de región maxilar y fiebre con o sin factores de riesgo; además, tomar muestra para cultivo de exudado para confirmación diagnóstica, y el manejo temprano y oportuno para disminuir el riesgo de complicaciones. Se obtuvo el consentimiento informado y firmado de la madre del paciente.

CONTRIBUCIONES

Los autores contribuyeron al desarrollo de este estudio y del artículo de acuerdo con los criterios de autoría para esta revista. AERO participó en la recolección y análisis de los datos, revisó la redacción y aprobación del manuscrito. LFPP Participó en la revisión de la redacción y aprobación del manuscrito.

DETALLES DE LOS AUTORES

Andrea Estefanía Ramos Ortega, Médica General, residente del segundo año del Postgrado de Pediatría; andreaortega135@gmail.com

Luis Fernando Ponce Paredes, Médico General, Especialista en Pediatría; dr.lfponce@gmail.com

REFERENCIAS

1. Mori T, Shimomura R, Ito T, Iizuka H, Hoshino E, Hirakawa S, et al. Neonatal suppurative parotitis: Case reports and literature review. Pediatr Int [Internet]. 2022 [citado 05 febrero 2025] ;64(1):e14762. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33955624
2. Kolekar S, Chincholi TS, Kshirsagar A, Porwal N. Acute neonatal parotid abscess: A rare case report. Afr J Paediatr Surg [Internet]. 2016 [citado 05 febrero 2025];13(4):199-201. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28051052
3. El Omri M, Jemli S, Belakhdher M, Kermani W. Neonatal Suppurative Parotitis: Case Report and Review of Literature. Ear Nose Throat J [Internet]. 2024 [citado 11 marzo 2025]:1455613241234281. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/38476055
4. Özdil M, Erçin D. Acute Suppurative Parotitis in a 22-Day-Neonate with Sepsis: A Rare Case Report. Cam and Sakura Med J. [Internet] 2024 [citado 31 julio 2025];4(1):36-8. Disponible en: https://jag.journalagent.com/csmedj/pdfs/CSM_4_1_36_38.pdf
5. Pollenus J, Van Lierde S. Neonatal Parotitis: A Case Report and Review of the Literature. Pediatr Infect Dis J. [Internet] 2023 [citado 31 julio 2025];42(9):e323-e7. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/37171966
6. Sachan N, Jain N, Jain A, Bhardwaj A. Parotid Abscess a Rare Infection in Neonates. J Clin Neonatol. [Internet] 2024 [citado 31 de julio 2025];13(4):171-173. Disponible en: https://journals.lww.com/jocn/fulltext/2024/13040/parotid_abscess_a_rare_infection_in_neonates.8.aspx
7. Coelho I, Manoel F, Gomes D, Calçada C, Almeida V, Gomes S. Acute suppurative parotitis in a 4-month-old infant. J Clin Images Med Case Rep. [Internet] 2025 [citado 31 julio 2025];6(2):3473. Disponible en: www.jcimcr.org
8. Gupta A, Kingdon T, McKernan A. Neonatal Parotitis: A Case Report. Clin Pract Cases Emerg Med [Internet]. 2021 [citado 06 febrero 2025];5(2):218-21. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34437009
9. Al Abdali K, Lin D, Isaacs D. Late-onset recurrence of neonatal Group B Streptococcus disease presenting with acute parotitis. J Paediatr Child Health. [Internet] 2022 [citado 31 julio 2025];58(10):1876-9. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35536046
10. Paouris D, Dallos T, Pitiriga V. Polymicrobial Acute Suppurative Parotitis in a 33-Day-Old Infant: A Case Report and Review of the Literature. Clin Pediatr (Phila). [Internet] 2022 [citado 31 julio 2025];61(11):802-7. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35678072
11. Ichinose M, Matsushima T, Hataya H. Purulent Discharge from Stensen Duct in Neonatal Suppurative Parotitis. J Pediatr. [Internet] 2022 [citado 31 julio 2025];243:230-1. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34952006
12. Khan N, Abdullah A, Zafar F. Neonatal Parotitis: A case report. J Pak Med Assoc. [Internet] 2021 [citado 31 julio 2025];71(6):1682-5. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34111097
13. Spiegel R, Miron D, Sakran W, Horovitz Y. Acute neonatal suppurative parotitis: case reports and review. Pediatr Infect Dis J [Internet]. 2004 [citado 05 febrero 2025];23(1):76-8. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14743054
14. Ray S, Nadeem L. Suppurative parotitis in a preterm infant. BMJ Case Rep [Internet]. 2023 [citado 21 junio 2025];16(1). Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/36720512
15. Velkoski A, Amoroso S, Brovedani P, Cont G, Trappan A, Travan L. Presentation of acute suppurative parotitis in a newborn with incessant crying. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed [Internet]. 2017 [citado 10 febrero 2025];102(2):F125. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27986789
16. Megged O, Baskin E. Neonatal Parotitis. J Pediatr [Internet]. 2018 [citado 11 febrero 2025];196:319. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29428272.

ABSTRACT. Introduction: Neonatal acute suppurative parotitis is a rare condition, usually associated with factors such as prematurity, low weight, and dehydration, among others. The main reported infectious agent is *Staphylococcus aureus*. **Case description**: A 20-day-old male newborn presented with an increase in volume in the left maxillary region that had been developing for 3 days and a fever of 39°C. On physical examination, irritable, with hyporexia and inflammatory changes that compromised adequate suction/swallowing, pain on palpation, and purulent discharge through the Stenon's duct on the left side. Birth history: Born via cesarean section, 39 weeks of gestation, weight 3900 grams. Ultrasonography: Inflammatory changes and enlargement of the left parotid gland. Hematologic analysis reported monocytosis (10.7%, reference value 2-8) and lymphocytosis (52.1%, reference value 25-40). Inflammatory markers: procalcitonin 0.260 ng/mL (low risk of progression to sepsis), erythrocyte sedimentation rate 7 mm/h (normal, reference value 0-13), C-reactive protein 19.40 mg/L (elevated, reference value 1.00-5.00), Secretion culture: *Staphylococcus aureus*, sensitive to clindamycin. Management in the newborn nursery with intravenous clindamycin at 10 milligrams/kilogram/dose every 8 hours for 7 days, with satisfactory clinical evolution. **Conclusions**: This is a case of a newborn with acute suppurative parotitis caused by *Staphylococcus aureus*; the underlying cause could not be determined; however, management was successful with intravenous clindamycin, without complications. The authors recommend establishing suspicion in newborns who present with swelling in the maxillary region and fever, with or without risk factors.

Keywords: Newborn; Parotitis; *Staphylococcus aureus.*