

Carta al Director

Inés Poveda-Montoyo¹
Carlos Martorell-Llobregat²
Javier Coy-Coy³
José M. Ramos-Rincón^{4,5}

Parotiditis bacteriana aguda por *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina en una paciente nonagenaria institucionalizada

¹Servicio de Dermatología y Venereología, Hospital General Universitario de Alicante.

²Facultad de Medicina, Universidad Miguel Hernández de Elche, Campus de Sant Joan d'Alacant, Alicante.

³Servicio de Microbiología y Parasitología, Hospital General Universitario de Alicante.

⁴Servicio de Medicina Interna, Hospital General Universitario de Alicante.

⁵Departamento de Medicina Clínica. Universidad Miguel Hernández de Elche, Campus de Sant Joan d'Alacant, Alicante.

Sr. Editor: la parotiditis bacteriana aguda (PBA) es la inflamación de la glándula parótida secundaria al éstasis del flujo salivar, lo que conlleva la contaminación retrógrada a través del conducto de Stenon¹. Es una entidad típica de pacientes con edad avanzada que se presenta con eritema, edema, dolor y calor en la región parotídea acompañándose frecuentemente de secreción purulenta en el conducto de Stenon^{1,2}. También se suele asociar a fiebre y afectación del estado general². El agente más comúnmente implicado es *Staphylococcus aureus*, responsable del 50-90% de las PBA. Aunque se han publicado pocos casos en la literatura, en los últimos años se han diagnosticado más microorganismos multirresistentes como *S. aureus* resistente a la meticilina (SARM)³.

A continuación describiremos el caso de una paciente ingresada en nuestro servicio. Se trataba de una mujer de 93 años que ingresó por la aparición de una masa dolorosa en la región parotídea izquierda de dos días de evolución. La paciente no presentaba fiebre ni otra sintomatología acompañante. Era una anciana pluripatológica con insuficiencia cardiaca, insuficiencia respiratoria y demencia avanzada tipo Alzheimer que estaba institucionalizada. No había ingresado en ningún centro hospitalario en los últimos dos años. A la exploración se observaba en la región parotídea una masa de 3x2 centímetros eritematosa, indurada, caliente y dolorosa a la palpación (figura 1, flecha). Asimismo, al comprimir la masa se apreciaba salida de material purulento por el conducto de Stenon (figura 2, flecha). También tenía signo del pliegue positivo.

En la analítica sanguínea se objetivaba elevación de reactantes de fase aguda e hipernatremia leve. Se realizó una ecografía en la que observaba la glándula parótida izquierda aumentada de tamaño



Figura 1 | Región parotídea izquierda con presencia de edema y eritema.

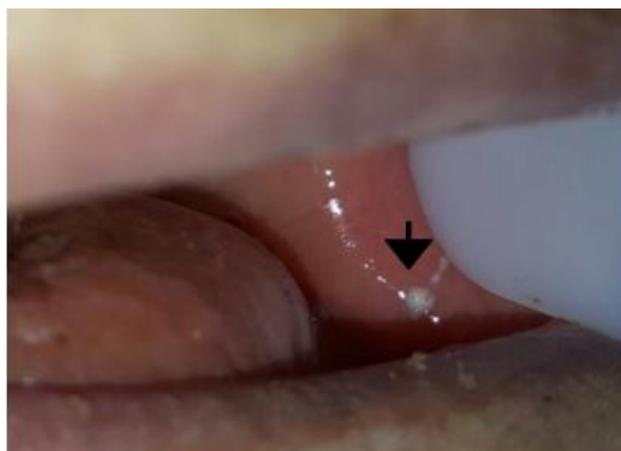


Figura 2 | Interior de la cavidad bucal con secreción purulenta por el conducto de Stenon al comprimir la masa parotídea.

Correspondencia:

Inés Poveda Montoyo

Servicio de Dermatología y Venereología. Hospital General Universitario de Alicante, Calle Pintor Baeza, 12, 03010. Alicante.

E-mail: inespovedamontoyo@gmail.com

con hipervascularización compatible con parotiditis. Se decidió realizar una punción-aspiración de la lesión por sospecha diagnóstica de parotiditis bacteriana aguda. El resultado del cultivo fue positivo para *S. aureus* resistente a meticilina, ciprofloxacino y cotrimoxazol. También presentaba colonización nasal por dicho microorganismo. La paciente se trató con linezolid oral (600 mg cada 12 horas), mupirocina nasal para la descontaminación y rehidratación. Al cabo de tres días la paciente fue dada de alta y prosiguió con linezolid hasta completar dos semanas de tratamiento. La enferma falleció una semana después de finalizar el tratamiento en el centro sociosanitario por insuficiencia respiratoria.

Como en otros casos de PBA por SARM recogidos en la literatura, el presentado fue una paciente institucionalizada en un centro sociosanitario con dependencia avanzada, polimedición y deshidratación. La aparición de esta patología es un factor de mal pronóstico ya que su mortalidad puede superar el 50% de los casos². Hay que tener en cuenta que las condiciones basales de los sujetos que la sufren contribuyen a este mal pronóstico. En nuestro caso la paciente falleció tras el episodio de PBA por SARM, si bien no podemos atribuir con certeza a esta enfermedad la causa de la muerte. Por ello, la importancia no sólo radica en identificar y tratar a los pacientes de forma precoz y adecuada, sino que también es imprescindible realizar la prevención de PBA actuando sobre los factores de riesgo predisponentes prevenibles como la deshidratación, desnutrición, fármacos que disminuyen la producción salivar (anticolinérgicos, neurolépticos) y la precaria higiene bucal^{3,4}.

Para concluir queremos comentar que se trata de una entidad infradiagnosticada por lo que es necesario pensar en ella ante pacientes con estas características, dada su elevada morbimortalidad. La institucionalización y la edad avanzada deben hacer sospechar una infección por SARM⁵, por ello hasta que no se tuviera el diagnóstico microbiológico deberíamos empezar con fármacos activos frente a este microorganismo.

FINANCIACIÓN

Los autores declaran no haber recibido financiación para la realización de este estudio.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Coutaz M, Morisod J. The acute bacterial parotitis of the elderly. Rev Med Suisse 2009; 5: 1942-5
2. Coutaz M. Acute bacterial parotitis in the frail elderly subject: A harbinger of death?. J Am Med Dir Assoc 2014; 15: 369-70.
3. Nicolasora NP, Zacharek MA, Malani AN. Community-acquired methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*: An emerging cause of acute bacterial parotitis. South Med J 2009; 102: 208-10.

4. Molina JC, Altés J, Vera R, Vilamala A. Acute bacterial parotiditis due to methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* in the institutionalized elderly. Enferm Infecc Microbiol Clin 2003; 21:325-6.
5. Manzur A, Gavalda L, Ruiz de Gopegui E, Mariscal D, Dominguez MA, Perez JL, et al. Group of the Spanish Network for Research in Infectious Diseases. Prevalence of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* and factors associated with colonization among residents in community long-term-care facilities in Spain. Clin Microbiol Infect 2008; 14: 867-72.