

Relato de Caso

Parotidite Supurativa Neonatal Bilateral em um Recém-Nascido Prematuro Brasileiro: Relato de Caso

Sarah Cavalcanti Guedes ¹, Luiza Lyra Cabral ¹, Maria Victória Azevêdo de Araújo Arcoverde ¹, Aurora Nateta de Aleluia David Van-dunem ¹, João Guilherme Bezerra Alves ^{1,*}

¹ Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), Recife, Pernambuco, Brasil.

* Correspondência: joaoguilherme@imip.org.br.

Resumo: A parotidite supurativa neonatal é uma infecção bacteriana rara das glândulas salivares em recém-nascidos, frequentemente associada a fatores de risco como prematuridade, desidratação e contaminação retrógrada a partir da cavidade oral. Até o momento, menos de 100 casos de parotidite supurativa neonatal foram publicados em todo o mundo. Embora incomum, essa condição requer reconhecimento clínico precoce para garantir um prognóstico favorável e prevenir complicações sistêmicas. Este relato descreve um caso de parotidite supurativa neonatal bilateral em uma recém-nascida prematura de 10 dias de vida (34 semanas de idade gestacional). A paciente apresentou febre, irritabilidade e aumento de volume bilateral na região pré-auricular, acompanhado de drenagem purulenta pelo ducto de Stensen. A ultrassonografia confirmou o diagnóstico, e as culturas identificaram *Staphylococcus aureus* sensível à metilicina (MSSA). A recém-nascida foi tratada com sucesso com antibioticoterapia intravenosa por 10 dias (cefepime e clindamicina), evoluindo com resolução completa dos sintomas. Conclui-se que este representa um raro caso de parotidite supurativa neonatal bilateral. O diagnóstico precoce por meio do exame clínico e de métodos de imagem, seguido de terapia antibiótica direcionada, é fundamental para a recuperação completa e para a prevenção de complicações, como formação de abscessos ou sepse.

Citation: Guedes SC, Cabral LL, Arcoverde MVAA, Van-dunem ANAD, Alves JGB. Parotidite Supurativa Neonatal Bilateral em um Recém-Nascido Prematuro Brasileiro: Relato de Caso. Brazilian Journal of Case Reports. 2026 JanDec;06(1):bjcr195.

<https://doi.org/10.52600/2163-583X.bjcr.2026.6.1.bjcr195>

Received: 23 Março 2026

Accepted: 28 Maio 2026

Published: 1 Junho 2026



Copyright: This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0).

Palavras-chave: Parotidite Supurativa Neonatal; Recém-Nascido Prematuro; Relato de Caso.

1. Introdução

A parotidite supurativa aguda, uma infecção bacteriana das glândulas salivares, é rara em crianças e excepcionalmente incomum em recém-nascidos [1]. Mori et al. [2] observaram que apenas 72 casos haviam sido relatados até 2022; posteriormente, outros quatro casos foram publicados, de acordo com nossa busca recente na base MEDLINE [3–6]. Embora existam alguns relatos de caso e pequenas séries de casos, o conhecimento abrangente sobre essa infecção no período neonatal ainda permanece limitado. Embora a prematuridade seja um fator de risco reconhecido, alguns relatos descrevem recém-nascidos a termo previamente saudáveis acometidos pela doença [5]. Neste trabalho, apresentamos um caso de parotidite supurativa aguda bilateral em uma recém-nascida prematura tratada em nosso serviço de pediatria. Nosso objetivo é relatar este raro caso ocorrido no Brasil, destacando os aspectos diagnósticos e terapêuticos dessa condição clínica.

2. Relato de caso

Uma recém-nascida do sexo feminino, com 10 dias de vida, foi admitida no serviço de emergência apresentando febre, irritabilidade e edema bilateral na região pré-auricular

com um dia de evolução. A paciente nasceu prematura (34 semanas de idade gestacional) por cesariana. A mãe apresentava diabetes gestacional e distúrbios hipertensivos da gestação, tratados com metildopa durante a gravidez, com evolução para pré-eclâmpsia grave, necessitando de infusão de sulfato de magnésio. Além disso, a recém-nascida havia sido exposta à sífilis, adequadamente tratada durante a gestação. O peso ao nascer foi de 2.800 g, com índices de Apgar de 5 e 7 no primeiro e no quinto minuto de vida, respectivamente. Ao nascimento, necessitou de ventilação com pressão positiva e permaneceu por dois dias na unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN), onde utilizou sonda orogástrica para alimentação.

Em domicílio, a lactente recebeu aleitamento materno exclusivo. Na admissão, o exame físico revelou uma recém-nascida alerta, porém irritadiça, sem sinais de toxicidade sistêmica. Observou-se edema bilateral na região lateral do pescoço, estendendo-se até o ângulo da mandíbula (Figuras 1A e 1B). A área apresentava hiperemia, aumento da temperatura local e dor à palpação, além de exsudato purulento drenando pelo ducto de Stensen. Os exames laboratoriais evidenciaram leucocitose (18.400 células/mm³, com 1% de metamielócitos, 21% de bastonetes e 45% de neutrófilos segmentados) e elevação da proteína C-reativa (PCR > 9 mg/L). *Staphylococcus aureus* sensível à meticilina (MSSA) foi isolado do material purulento coletado. Hemoculturas e a análise do líquido cefalorraquidiano apresentaram resultados negativos.

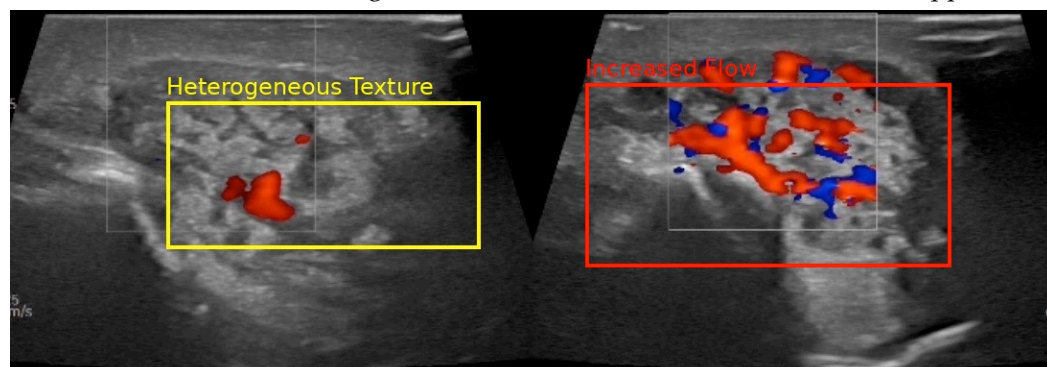
Figura 1. A. Edema inflamatório pré-auricular, estendendo-se do ângulo da mandíbula ao trago auricular. B. Drenagem purulenta através do ducto de Stensen.



A ultrassonografia da região edemaciada (Figuras 2A e 2B) demonstrou glândulas parótidas com ecotextura heterogênea, aumento de suas dimensões e incremento do fluxo ao estudo Doppler, além de edema da pele e do tecido adiposo adjacente. Esses achados foram compatíveis com o diagnóstico de parotidite supurativa neonatal. Foi iniciada antibioticoterapia intravenosa com cefepime (150 mg/kg/dia) e clindamicina (15 mg/kg/dia) por 10 dias, resultando em evolução clínica favorável e regressão completa das lesões.

Também foi realizada investigação para erros inatos da imunidade, incluindo hemograma completo com avaliação da contagem absoluta de linfócitos, dosagem sérica de imunoglobulinas (IgG, IgA e IgM) e imunofenotipagem linfocitária por citometria de fluxo. Todos os resultados encontravam-se dentro dos valores de referência para a faixa etária, afastando imunodeficiências primárias maiores.

Figura 2. A. Ultrassonografia das glândulas parótidas evidenciando ecotextura heterogênea e aumento das dimensões glandulares. B. Aumento do fluxo ao estudo Doppler.



3. Discussão e Conclusão

A parotidite supurativa neonatal (PSN) é uma entidade clínica extremamente rara, com prevalência estimada entre 3,6 e 14 casos por 10.000 internações neonatais [1]. Apesar de ser uma condição reconhecida, é pouco relatada na literatura; em nossa busca extensiva na base MEDLINE, não identificamos relatos prévios provenientes do Brasil ou de outros países da América do Sul, ressaltando a relevância deste caso para os dados epidemiológicos regionais. Uma revisão abrangente recente identificou apenas 72 casos publicados mundialmente até 2022 [2], reforçando a necessidade de conscientização clínica para garantir seu reconhecimento e manejo precoces.

A fisiopatologia da PSN é atribuída principalmente à migração retrógrada de bactérias da cavidade oral através do ducto de Stensen até a glândula parótida. Esse processo é favorecido por fatores que promovem estase salivar ou reduzem a resistência do hospedeiro. A glândula parótida apresenta suscetibilidade particular à infecção porque produz exclusivamente secreção serosa, que não possui as propriedades bacteriostáticas mais potentes, como altas concentrações de lisozima, ácido siálico e imunoglobulinas, encontradas nos componentes mucosos das glândulas submandibulares e sublinguais [7].

No presente caso, diversos fatores de risco provavelmente contribuíram para o desenvolvimento da infecção. A prematuridade e o baixo peso ao nascer são fatores reconhecidos por comprometerem a resposta imunológica neonatal. Em particular, a deficiência transitória de imunoglobulina A (IgA), comum em recém-nascidos prematuros, reduz significativamente a imunidade das mucosas e os mecanismos locais de defesa, favorecendo a ascensão bacteriana [8]. Além disso, o uso de sonda orogástrica durante a permanência na unidade de terapia intensiva neonatal pode ter causado trauma local ou servido como foco de colonização bacteriana, contribuindo para a obstrução do fluxo salivar.

A apresentação bilateral observada em nossa paciente merece destaque, uma vez que mais de 80% dos casos descritos na literatura apresentam acometimento unilateral [9]. O envolvimento bilateral frequentemente sugere uma predisposição sistêmica mais significativa, como desidratação importante ou elevada carga bacteriana na cavidade oral, exigindo avaliação clínica criteriosa para exclusão de imunodeficiências subjacentes. Embora tenha sido realizada investigação para erros inatos da imunidade, incluindo avaliação laboratorial básica e imunofenotipagem linfocitária, essa abordagem constituiu apenas uma triagem inicial. Portanto, não é possível excluir completamente a presença de imunodeficiências específicas ou defeitos imunológicos raros não detectados pelos exames realizados. Embora nossa paciente tenha apresentado febre, é importante destacar que aproximadamente 50% dos neonatos com PSN permanecem afebris, o que pode contribuir para atrasos diagnósticos.

A possível associação com o uso materno de metildopa também merece consideração. Embora as evidências disponíveis sejam limitadas, esse medicamento tem sido teoricamente relacionado à ocorrência de parotidite neonatal em razão de seu potencial efeito

xerostômico. A redução do fluxo salivar no recém-nascido, possivelmente influenciada pela exposição medicamentosa no final da gestação, poderia favorecer a migração retrógrada de *Staphylococcus aureus*, agente etiológico mais frequentemente identificado, responsável por aproximadamente 60% dos casos descritos [9].

O diagnóstico da PSN é essencialmente clínico, sendo caracterizado pelo achado patognomônico de drenagem de material purulento pelo ducto de Stensen após compressão da glândula acometida. A ultrassonografia permanece como o método de imagem de escolha, permitindo excluir importantes diagnósticos diferenciais, como hemangiomas, linfangiomas e sialolitíase, além de confirmar a inflamação glandular e a ausência de abscessos, sem exposição do recém-nascido à radiação ionizante.

Embora rara, a parotidite supurativa neonatal deve ser considerada no diagnóstico diferencial de qualquer recém-nascido que apresente aumento de volume facial ou parotídeo. Este caso demonstra que a apresentação bilateral, embora incomum, pode ocorrer em contexto de prematuridade e outros fatores de risco sistêmicos. O diagnóstico precoce, baseado no exame clínico e na ultrassonografia, evidenciando hipertrofia glandular e padrão heterogêneo do parênquima, sem formação de abscesso, associado à antibioticoterapia intravenosa direcionada, pode proporcionar excelente prognóstico e prevenir a necessidade de drenagem cirúrgica invasiva ou o desenvolvimento de complicações sistêmicas graves, como sepse e meningite. Pediatras e neonatologistas devem permanecer atentos a essa condição, especialmente em recém-nascidos com histórico de internação em unidade de terapia intensiva neonatal, para garantir intervenção oportuna e adequada.

Financiamento: Nenhum.

Aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa: Foi obtido consentimento informado por escrito dos responsáveis legais da paciente para a publicação dos dados clínicos e das imagens.

Agradecimentos: Nenhum.

Conflitos de Interesse: Nenhum.

Referência

1. Gupta A, Kingdon T, McKernan A. Neonatal parotitis: a case report. *Clin Pract Cases Emerg Med*. 2021;5(2):218-21. doi:10.5811/cpcem.2021.3.51501.
2. Mori T, Shimomura R, Ito T, Iizuka H, Hoshino E, Hirakawa S, et al. Neonatal suppurative parotitis: case reports and literature review. *Pediatr Int*. 2022;64(1):e14762. doi:10.1111/ped.14762.
3. Ichinose M, Matsushima T, Hataya H. Purulent discharge from Stensen duct in neonatal suppurative parotitis. *J Pediatr*. 2022;243:230-1. doi:10.1016/j.jpeds.2021.12.029.
4. 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)*. 2022;61(11):802-7. doi:10.1177/00099228221102712.
5. Ray S, Nadeem L. Suppurative parotitis in a preterm infant. *BMJ Case Rep*. 2023;16(1):e253713. doi:10.1136/bcr-2022-253713.
6. Omri EM, Jemli S, Belakhdher M, Kermani W. Neonatal suppurative parotitis: case report and review of literature. *Ear Nose Throat J*. 2024;103(0):1455613241234281. doi:10.1177/01455613241234281.
7. Decembrino L, Ruffinazzi G, Russo F, et al. Monolateral suppurative parotitis in a neonate and review of literature. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2012;76(7):930-3. doi:10.1016/j.ijporl.2012.04.003.
8. De Vincentiis GC, Sitzia E, Bottero S, et al. Otolaryngologic manifestations of pediatric immunodeficiency. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2009;73 Suppl 1:S42-8. doi:10.1016/S0165-5876(09)70009-6.
9. 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(1):60-4. doi:10.1111/j.1442-200X.2012.03753.x.