



Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Diagnóstico a primera vista

Escolar con fiebre, inflamación parotídea, otorrea y fistula retroauricular



Fever, parotid swelling, otorrhea and retroauricular fistula in a child

Ana Isabel Blanco-Sánchez^{a,*}, Ana Méndez-Echevarría^a, Paula Alonso-Quintela^a, Adela García-Perea^b y Fernando Baquero-Artigao^a

^a Servicio de Pediatría Hospitalaria, Enfermedades Infecciosas y Tropicales, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

^b Servicio de Microbiología, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

Caso clínico

Niño de 5 años con agenesia de conducto auditivo externo y malformación de la cadena osicular izquierda, que acude a urgencias por fiebre, empastamiento mandibular izquierdo, dolor preauricular y *trismus* de 24 h de evolución. En la exploración presenta inflamación preauricular y parotídea izquierda, sin objetivarse otorrea en el conducto auditivo externo, el cual termina en un fondo de saco. En la analítica destaca leucocitosis de 15.900/mm³ con 53% neutrófilos, proteína C reactiva (PCR) de 175 mg/l y amilasa normal. La ecografía muestra inflamación parotídea sin colecciones. Ante la sospecha de parotiditis aguda se decide ingreso con amoxicilina-clavulánico intravenoso. Tras 4 días de tratamiento presenta mejoría clínica, permanece afebril, se normaliza analítica y es dado de alta con amoxicilina-clavulánico oral hasta completar 10 días.

A los 5 días del alta, estando aún con tratamiento antibiótico, consulta por reaparición de signos inflamatorios en región parotídea izquierda y otorrea purulenta abundante, objetivándose fístula cutánea retroauricular izquierda de reciente aparición (fig. 1). Se realiza tomografía que visualiza absceso parotídeo izquierdo extenso, ocupación de oído medio y externo por material purulento, y fístula comunicante entre absceso parotídeo y piel retroauricular (fig. 2). Se extrae hemocultivo y muestra de exudado ótico, decidiéndose ingreso.

Evolución

Se inicia de nuevo tratamiento con amoxicilina-clavulánico intravenoso con escasa respuesta, por lo que se sustituye por meropenem y se realiza drenaje quirúrgico del absceso.

En el hemocultivo, exudado ótico y material de drenaje se aísla *Actinomyces odontolyticus* (*A. odontolyticus*), por lo que se sustituye el meropenem por penicilina intravenosa. Tras una semana de tratamiento aparece dolor y fluctuación en la región preauricular, objetivándose en las pruebas de imagen nuevos abscesos parotídeos y signos radiológicos de mastoiditis izquierda. Se reinterviene para limpieza y desbridamiento, cierre de fístulas, y reconstrucción del oído medio y externo. El tratamiento con penicilina intravenosa se mantiene hasta completar 21 días y, posteriormente, recibe tratamiento ambulatorio con penicilina oral 6 meses, con evolución favorable sin recurrencias.

Comentario

Actinomyces sp. es un bacilo grampositivo anaerobio que coloniza habitualmente la orofaringe, el intestino y los tractos genital y urinario. La actinomicosis cervicofacial es la forma clínica más frecuente, representando un 50-60% de los casos^{1,2}. Suele aparecer en adultos con lesiones previas en mucosa oral, infecciones gingivales, caries, extracciones dentales, traumatismos o historia de cirugía reciente^{1,2}. Se presenta habitualmente como celulitis, abscesos o masas perimandibulares y cervicales, muchas veces asociadas con osteomielitis mandibular^{2,3} y formación de fístulas, siendo muy rara la afectación parotídea⁴ o del oído medio⁵. En nuestro caso la infección se asoció a una malformación congénita del oído medio y externo. La presencia de malformaciones de localización cercana ha sido descrita por algunos autores como posible origen de la infección, y debe sospecharse en casos recurrentes que no presenten lesiones orales aparentes^{3,6}.

El diagnóstico definitivo de la actinomicosis se realiza mediante cultivo microbiológico o visualización de la bacteria en muestras histológicas^{1,2}. El aislamiento es difícil, debido a la frecuente administración previa de antibióticos, la coinfección con otras bacterias, por su lento crecimiento o por la toma inadecuada de muestras para cultivo^{1,2}. La especie que con mayor frecuencia causa enfermedad es *Actinomyces israelii*^{1,2}. *A. odontolyticus* es poco frecuente^{2,7},

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: anabelblancosanchez@gmail.com (A.I. Blanco-Sánchez).



Figura 1. Fistula retroauricular con signos inflamatorios locales.



Figura 2. TAC cráneo-cervical. Absceso parotídeo izquierdo.

afectando los casos comunicados en población adulta⁷. Su aislamiento en hemocultivo⁷ es excepcional, ya que tan solo un 12% de las infecciones por *A. odontolyticus* comunicadas en la literatura asocian bacteriemia⁷.

Para la curación de la infección y la prevención de recurrencias es preciso un tratamiento antibiótico prolongado con altas dosis de penicilina durante 6 a 12 meses^{1,2}. Sin embargo, en muchos casos, y a pesar de establecer un tratamiento adecuado, la infección tiende a fistulizar y a extenderse localmente de manera rápida y agresiva^{1,2} por lo que es necesario un abordaje quirúrgico asociado^{1,2}. Además, en casos como el nuestro, con afectación mastoidea, existe el riesgo de extensión a SNC⁵, forma clínica con mayor mortalidad^{2,5}.

Por ello, es fundamental establecer una sospecha diagnóstica precoz. Sin embargo, no es habitual considerar la actinomicosis en el diagnóstico diferencial de las infecciones cervicofaciales en niños⁸ y, tan solo en el 10% de los casos pediátricos, la actinomicosis fue sospechada al establecer el juicio diagnóstico inicial⁸.

Nuestro caso es excepcional al tratarse de una infección por *A. odontolyticus* en la edad pediátrica^{1,6}, con bacteriemia asociada, sobre una malformación congénita, y afectando a la parótida y al oído medio. Sin embargo, la evolución clínica es típica de esta bacteria, por lo que es importante considerar la actinomicosis en procesos supurativos crónicos recurrentes cervicofaciales en el niño.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen ningún conflicto de intereses en relación con el artículo publicado.

Bibliografía

1. Valour F, Sénéchal A, Dupieux C, Karsenty J, Lustig S, Breton P, et al. Actinomycosis: Etiology, clinical features, diagnosis, treatment, and management. *Infect Drug Resist.* 2014;7:183–97.
2. Wong VK, Turmezei TD, Weston VC. Actinomycosis. *BMJ.* 2011;343, d6099.
3. Verma S, Verma GK, Shanker V, Kanga A, Singh G, Gupta N, et al. Pediatric cervicofacial actinomycosis disclosing an underlying congenital dermoid cyst. *Dent Res J (Isfahan).* 2014;11:281–3.
4. Ulvi BM. Actinomycosis of the parotid gland. *Plast Reconstr Surg.* 2005;115:659–61.
5. Kullar PJ, Yates P. Actinomycosis of the middle ear. *J Laryngol Otol.* 2013;127:712–5.
6. Cabrejos Perotti K, Pascual Gázquez JF, Alfayate Miguélez S, Trujillo Ascanio A. Actinomycosis: Presentation of 2 cases [Article in Spanish]. *An Pediatr (Barc).* 2012;77:424–5.
7. Cone AL, Leung MM, Hirschberg J. *Actinomyces odontolyticus* bacteremia. *Emerg Infect Dis.* 2003;9:1629–32.
8. Foster SV, Demmler GJ, Hawkins EP, Tillman JP. Pediatric cervicofacial actinomycosis. *South Med J.* 1993;86:1147–50.