

Introdução

A parotidite bacteriana aguda é causada em cerca de 80 % dos casos por *Staphylococcus aureus*, seguida de outras bactérias coco Gram-positivas, bacilos Gram-negativos e anaeróbios – por exemplo espécies *Citrobacter*.¹ As espécies *Streptococcus* são bactérias Gram-positivas, comensais na cavidade oral, incluindo a subespécie *salivarius*.¹⁻³ Por sua vez, a *Citrobacter freundii* é uma bactéria anaeróbia Gram-negativa da família *Enterobacteriaceae*, encontrada no meio ambiente, cuja infeção pode estar associada ao consumo de água contaminada por hospedeiros imunocomprometidos.^{4,5} A parotidite pode ocorrer por múltiplas condições que favorecem a colonização bacteriana, como diminuição do fluxo salivar, obstrução canalar, desidratação e imunossupressão.¹⁻⁶ Apresenta-se como uma tumefação na região parotídea dolorosa.² À palpação, pode ser detetado o endurecimento localizado, por vezes, com saída de conteúdo purulento pelo canal de Stenon.³ O tratamento assenta na terapêutica antibiótica e na hidratação oral.¹ A antibioterapia, inicialmente empírica, deve ser ajustada posteriormente, assim que for obtido o resultado do exame cultural.¹⁻⁵

Descrição do Caso clínico

Mulher, 74 anos, com história de síndrome de Sjögren, recorre ao serviço de urgência por dor e tumefação da região parotídea bilateralmente, com 3 dias de evolução. Apresentava dor e drenagem bilateral de conteúdo purulento à palpação da região parotídea. Sem repercussões sistémicas. Foi realizado o estudo por ecografia, que negou a presença de coleções purulentas e de cálculos intracanalares, tendo revelado alterações do parênquima compatíveis com a doença de base. A doente foi medicada com clindamicina e procedeu-se à colheita do exsudato purulento, com exame cultural positivo para as bactérias *Citrobacter freundii* e *Streptococcus salivarius*, ambas sensíveis à medicação em curso, pelo que se manteve a antibioterapia durante 10 dias. A doente apresenta-se sem queixas e com resolução total do quadro clínico.

Legendas das figuras:

- Figuras 1 e 2: drenagem de conteúdo purulento pelos canais de Stenon
- Figura 3: fenómeno de Raynaud associado ao Síndrome de Sjögren
- Figura 4: língua fissurada
- Figuras 5 e 6: drenagem de saliva límpida e escassa pelos canais de Stenon, de acordo com a patologia de base



Figura 1

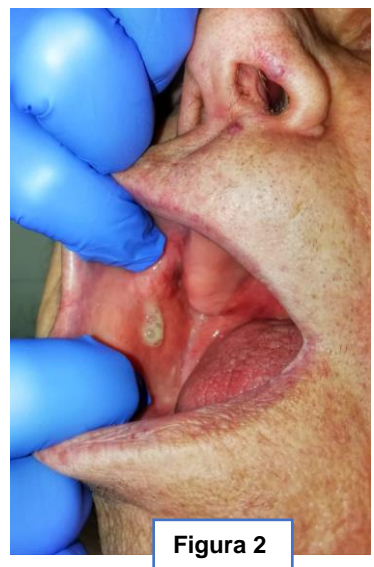


Figura 2



Figura 3



Figura 4

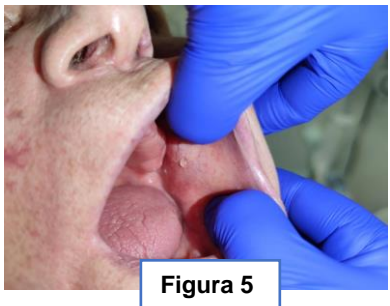


Figura 5

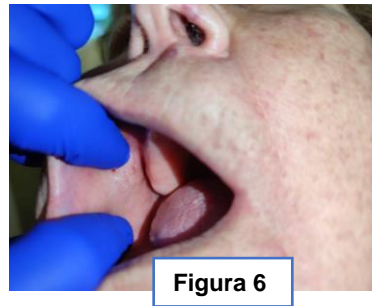


Figura 6

Discussão e Conclusões

A microbiota oral contém centenas de espécies bacterianas, com predomínio de bactérias anaeróbias, que em condições de desequilíbrio, podem tornar-se patogénicas.¹ A síndrome de Sjögren é uma patologia autoimune que afeta as glândulas salivares, caracterizando-se por queixas de xerostomia.⁴ A diminuição do fluxo salivar leva a um decréscimo da “clearance” bacteriana, permitindo a colonização de agentes patogénicos pelo canal parotídeo, o que predispõe ao desenvolvimento de parotidite supurativa.⁴⁻⁶

Bibliografia

¹Brook I. Acute Bacterial Suppurative Parotitis: Microbiology and Management. The Journal of Craniofacial Surgery 2003; 4(1): 37-40. ²Petersdorf RG, Forsyth BR, Berman D. Staphylococcal parotitis. N Engl J Med 1958; 259:1250-1258. ³Guralnick WC, Donoff RB, Galdabini J. Tender parotid swelling in a dehydrated patient. J Oral Surg 1968; 26:669-675. ⁴Sussman SJ. Gaffky anaerobia infection and recurrent parotitis. Clin Pediatr 1986; 25:323-234. ⁵Lewis MA, Lamey PJ, Gibson J. Quantitative bacteriology of a case of acute parotitis. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1989; 68:571-575. ⁶Guardia SN, Cameron R, Phillips A. Fatal necrotizing mediastinitis secondary to acute suppurative parotitis. J Otolaryngol 1991; 20:54-56. ⁷Krippaehne WW, Hunt TK, Dunphy JE. Acute suppurative parotitis: a study of 161 cases. Ann Surg 1962; 156:251-257.