

Parotiditis supurada aguda neonatal en países de Iberoamérica

Neonatal acute suppurative parotiditis in countries of Ibero America

Manuel Díaz Álvarez, Bárbara Acosta Batista, Odalis Céspedes Barrientos, Tamara Esnart Sánchez

Servicio de Neonatología. Hospital Pediátrico Universitario "Juan Manuel Márquez". La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: la parotiditis supurada aguda neonatal es una infección poco frecuente, y la mayor parte de las publicaciones de casos aparecen en la literatura anglosajona.

Objetivo: destacar las características de presentación de neonatos con parotiditis supurada aguda, provenientes de poblaciones que se acerquen más al ambiente latinoamericano.

Métodos: estudio de revisión de reportes de casos en la literatura, de recién nacidos con el diagnóstico de parotiditis supurada aguda, procedentes de países de Iberoamérica, sin límite de tiempo anterior, hasta abril de 2016. Se hizo revisión de la literatura escrita, y además, se hizo búsqueda en línea en Internet. En la revisión de los artículos se obtuvieron distintos aspectos clínicos y de exámenes de laboratorio que mostraban las características de los pacientes en particular.

Desarrollo: se obtuvo un total de 12 artículos con reportes de casos, o series de casos de neonatos con parotiditis supurada aguda provenientes de España, Portugal, Chile y Cuba, resultando un total de 31 casos, más un recién nacido que se añadió con este tipo de infección no publicado anteriormente. Se muestra que la parotiditis supurada aguda neonatal afecta principalmente a neonatos a término, es unilateral, el microorganismo causal más común fue *Staphylococcus aureus*, y el tratamiento antibiótico parenteral de amplio espectro fue eficaz en la completa recuperación de los casos.

Conclusiones: la parotiditis supurada neonatal ha sido motivo de publicaciones limitado a 4 países de Iberoamérica, España, Portugal, Chile y Cuba. Las características en su expresión clínica, peculiaridad del microorganismo causal,

manejo terapéutico y evolución, concuerdan con revisiones publicadas sobre esta infección neonatal.

Palabras clave: sialadenitis supurada aguda; parotiditis supurada aguda; recién nacido; infecciones neonatales.

ABSTRACT

Introduction: neonatal acute suppurative parotiditis is an uncommon infection and most of the publications about cases with this disease appear in the English literature.

Objective: to underline the characteristics of neonates with acute suppurative parotiditis coming from populations closer to the Latin American context.

Methods: review study of case reports in literature involving neonates from countries of Ibero America, with diagnosis of acute suppurative parotiditis up to April 2016. Printed literature was reviewed in addition to searching in Internet. In the article reviews, several clinical and lab test aspects were collected, which proved the characteristics of these patients in particular.

Development: a total of 12 articles with case reports or case series of neonates with acute suppurative parotiditis from Spain, Portugal, Chile and Cuba were retrieved. The total number of cases was 31 plus a newborn with this type of infection about whom nothing had been previously informed. It was shown that neonatal acute suppurative parotiditis mainly affects term neonates, it is unilateral; the most common causative microorganism was *Staphylococcus aureus* and that the broad spectrum parenteral antibiotic-based treatment was effective for the complete recovery of patients.

Conclusions: neonatal suppurative parotiditis has been included in publications but restricted to 4 countries of Ibero America, namely Spain, Portugal, Chile and Cuba. The characteristics of its clinical expression, peculiarities of the causative microorganism, therapeutic management and progression agree with the published reviews about this neonatal infection.

Keywords: acute suppurative sialadenitis; acute suppurative parotiditis; neonate; neonatal infections.

INTRODUCCIÓN

La sialadenitis supurada aguda es una de las infecciones focales bacterianas en el recién nacido menos descritas en la literatura, ya que es una infección poco frecuente en la práctica del pediatra y neonatólogo. La glándula parótida resulta más frecuentemente afectada respecto a las glándulas submandibulares.¹

La parotiditis supurada aguda neonatal se caracteriza por inflamación de la glándula parótida y exudación purulenta por el conducto de Stensen o Stenon (indistintamente nombrado así por el nombre de su descubridor, el anatomista danés *Niels Stensen*, quien latinizara su nombre a *Nicolaus Steno* y firmara sus trabajos como *Nicolas Stenon*).² Se han señalado una serie de factores que facilitan esta infección, como la prematuridad, la deshidratación y el trauma local. *Staphylococcus aureus* es el microorganismo causal predominante, aunque también se han reportado otros

agentes grampositivos y gramnegativos. El tratamiento antibiótico parenteral generalmente resuelve la infección con total recuperación, pero en ocasiones es necesario el tratamiento quirúrgico, en los casos en que ocurre abscedación de la glándula.³

La mayor parte de los reportes y series de casos aparecen en la literatura anglosajona. En la literatura cubana no existían reportes de pacientes neonatales con parotiditis supurada aguda, hasta que en el año 2015 se publicó una serie de casos con esta infección, los cuales se presentaron en el transcurso de 24 años de trabajo en el Servicio de Neonatología del Hospital Pediátrico Universitario "Juan Manuel Márquez", en La Habana.⁴ Poco después de haberse publicado esa serie con este tipo de infección, se presentó otro paciente en el mismo hospital con parotiditis supurada aguda. A propósito de esto se realizó una revisión de la literatura, para tratar de recopilar todos los casos publicados en países de Iberoamérica hasta la fecha actual, afectados por estas infecciones de escasa presentación en el período neonatal, con el objetivo de destacar las características de presentación de pacientes neonatales con parotiditis supurada aguda, provenientes de poblaciones que se acerquen más al ambiente latinoamericano.

MÉTODOS

Estudio de revisión de reportes de casos en la literatura, de pacientes neonatales con el diagnóstico de parotiditis supurada aguda y que fueran procedentes de países de Iberoamérica, sin límite de tiempo anterior, hasta abril de 2016.

Se hizo revisión de la literatura escrita en idiomas español e inglés, en revistas médicas conservadas en bibliotecas institucionales y la particular del principal autor; además, se hizo búsqueda en línea por Internet con la estrategia de las palabras clave siguientes: *suppurative parotitis* o *pululent parotitis*, o parotiditis supurativa o parotiditis bacteriana, o *suppurative sialadenitis* o sialadenitis purulenta; y neonatal o *newborn*, o recién nacido, y para todos los años. Las bases de datos consultadas fueron: *PubMed-Medline* (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>), *Embase* (<http://www.embase.com>), *Scielo* (<http://www.scielo.org>), *Worldcat* (<http://www.worldcat.org>), *LILACS* (<http://regional.bvsalud.org>), *Clinical Key* (<https://www.clinicalkey.com>), *Google* (<http://www.google.com>).

Los artículos en cuestión, con reportes o series de casos, fueron bajados o solicitados al autor, y cuando no se pudo obtener el artículo completo, se tomó el resumen de la publicación. Después de la revisión de los artículos, se obtuvieron distintos aspectos clínicos y de exámenes de laboratorio que mostraban las características de los pacientes en particular, y se conformó una tabla expresiva del conjunto de casos identificados.

DESARROLLO

Reportes de la literatura iberoamericana

Se pudo obtener un total de 12 artículos con reportes o series de casos de pacientes neonatales con parotiditis supurada aguda provenientes de países latinoamericanos, España y Portugal, resultando en un total de 31 casos, más un recién nacido que se añade con este tipo de infección no publicado anteriormente. Hubo 3 artículos en los

que solo se pudo contar con el resumen (citas 5, 9 y 10), y con el artículo completo en el resto.

Las publicaciones provienen fundamentalmente de España y Portugal, mientras que en América solo han sido declarados en Chile y Cuba.

Descripción de los aspectos clínicos

Se describen distintos aspectos clínicos de presentación de esta infección (tabla).

Tabla. Casos reportados de parotiditis supurada aguda neonatal en Iberoamérica

Referencia/año	País	Edad gestacional/peso (g)	Edad cronológica (días)/sexo	Localización	Microorganismo aislado en secreción	Fiebre	Conteo total de leucocitos sanguíneos ($\times 10^9/L$)	Lactancia materna	Tto. antibiótico	Evolución
Méndez/1984 ⁵	Chile	RNPT/¿?	Neonato/¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	V
"	Chile	RNPT/¿?	Neonato/¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	V
"	Chile	RNPT/¿?	Neonato/¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	V
"	Chile	RNT/¿?	Neonato/¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	V
"	Chile	RNT/¿?	Neonato/¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	V
Martos/1998 ⁶	España	RNT/> 2 500	14/F	Derecha	<i>Staphylococcus aureus</i>	No	17,5	Sí	Cefalotina + gentamicina	V
"	España	RNT/4 140	28/M	Derecha	<i>Streptococcus a - hemolítico</i>	Sí	14,0	No	Netilmicina + cefotaxima	V
Aguiar/2003 ⁷	Portugal	RNPT/¿?	20/F	Unilateral	No aislamiento	Sí	¿?	¿?	Flucloxacilina + gentamicina	V
"	Portugal	RNT/¿?	10/F	Unilateral	<i>E. coli</i>	Sí	¿?	¿?	Flucloxacilina + gentamicina + ampicilina	V
"	Portugal	RNT/¿?	16/F	Unilateral	<i>Streptococcus agalactiae</i>	Sí	¿?	¿?	Ampicilina + gentamicina	V
"	Portugal	RNT/¿?	18/M	Unilateral	<i>E. coli</i> + <i>Streptococcus viridans</i>	No	¿?	¿?	Ampicilina + gentamicina	V
Ayala Curiel/2004 ⁸	España	RNPT/¿?	12/M	Izquierda	<i>Staphylococcus aureus</i>	38,0°C	36,8	¿?	Cloxacilina + cefotaxime	V
"	España	RNT/3010	12/F	Derecha	<i>Staphylococcus aureus</i>	37,5°C	24,0	Sí	Ampicilina + amikacina + Metronidazol; cloxacilina	V
León/20	Chile	RNT/¿?	11/¿?	Unilat	¿?	Sí	¿?	¿?	¿?	¿?

04 ⁹				eral						
"	Chile	RNT/¿?	8/¿?	Unilat eral	¿?	Sí	¿?	¿?	¿?	¿?
Pou- Pradel/ 2006 ¹⁰	España	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?
"	España	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?
Nso Roca/ 2007 ¹¹	España	RNT/¿?	27/F	Derec ha	<i>Streptococ cus agalactiae</i>	37,6°C	10,4	¿?	Cefotaxim e	V
"	España	RNT/¿?	30/M	Izquie rda	<i>Streptococ cus agalactiae</i>	38,9°C	2,1	¿?	Cefotaxim e	V
Walter/ 2009 ¹²	España	RNT/4500	22/M	Bilater al	<i>Streptococ cus agalactiae</i>	38,0°C	7,2	No	Cloxacillin a + gentamicin ; ampicillina	V
Cabezón/ 2010 ¹³	Chile	RNT/3230	13/M	Derec ha	<i>Staphyloco ccus aureus</i>	38,0°C	20,5	Sí	Cloxacillin a + cefotaxime	V
Dorado/ 2010 ¹⁴	España	RNT/¿?	12/F	Izquie rda	<i>Staphyloco ccus aureus</i>	38,6°C	26,7	Sí	Cloxacillin a + gentamicin a	V
Dias/201 5 ¹⁵	Portugal	RNT/3295	13/M	Derec ha	<i>Streptococ cus agalactiae</i>	No	14,2	¿?	Flucloxacill ina + cefotaxime ; ampicillina	V
Díaz/201 5 ⁴	Cuba	RNT/2920	9/M	Izquie rda	<i>Enterobact er cloacae + Klebsiella pneumonia e</i>	37,5°C	20,1	Sí	Gentamici na	V
"	Cuba	RNT/2900	7/M	Izquie rda	<i>Staphyloco ccus aureus + Klebsiella pneumonia e</i>	38,0°C	8,2	Sí	Gentamici na	V
"	Cuba	RNT/3200	10/F	Izquie rda	<i>Staphyloco ccus aureus</i>	38,7°C	18,4	Sí	Penicilina + gentamicin a	V
"	Cuba	RNT/3150	10/M	Izquie rda	<i>Staphyloco ccus aureus</i>	No	7,9	Sí	Penicilina + amikacina	Fa
"	Cuba	RNT/3000	16/F	Izquie rda	<i>Staphyloco ccus aureus</i>	38,0°C	12,4	Sí	Gentamici na	V
"	Cuba	RNT/3550	15/F	Izquie rda	<i>Staphyloco ccus aureus</i>	38,0°C	16,3	Sí	Gentamici na	V
"	Cuba	RNPT/ 2 560	33/F	Izquie rda	<i>E. coli</i>	38,3°C	1,8	No	Vancomici na + ceftriaxon e	V
"	Cuba	RNT/3 410	20/F	Izquie rda	<i>Serratia marcescen s + Klebsiella pneumonia e</i>	39,0°C	10,5	Mixta	Gentamici na	V

Revisión actual	Cuba	RNT/3682	6/M	Derecha	<i>Staphylococcus aureus</i> meticilina resistente	38,0°C	24.9	Sí	Vancomicina + sulfaprim	V
-----------------	------	----------	-----	---------	--	--------	------	----	-------------------------	---

RNT: recién nacido a término; RNPT: recién nacido pretérmino; M: masculino; F: femenino; V: vivo; Fa: fallecido; Tto.: tratamiento.

Esta infección se presentó predominantemente en recién nacidos a término, pues fueron 24/32 (75,0 %), mientras que neonatos pretérmino fueron 6 y no se pudo precisar en 2 casos. Esta población de pacientes se destaca por ser mayoritariamente de recién nacidos a término y con buen peso al nacer, pues, por lo general, fueron niños egresados sanos de los hospitales maternos que enfermaron en el ambiente comunitario, mientras que los neonatos pretérmino habitualmente permanecen tiempo prolongado en la Maternidad, y es donde con mayor frecuencia puede detectarse la parotiditis supurada aguda en estos pacientes.

Hubo 11 pacientes del sexo masculino y 12 del sexo femenino. Aunque quedó sin precisar el dato en otros 9 neonatos, se aprecia que hay bastante similitud en presentación por sexo. La edad de presentación fue variable, desde tan temprano como los 6 días, hasta el término del período neonatal, y el caso de inicio a los 33 días resultó ser un recién nacido pretérmino tardío.

La parotiditis supurada fue bilateral en un solo paciente, tuvo una localización unilateral en 24 y en 7 casos no se pudo determinar por los datos ofrecidos de la publicación. Cuando se presentó la infección de un solo lado, esta fue de la parótida derecha en 7 pacientes, del lado izquierdo en 11 casos y se calificó como unilateral sin más precisión en otros 6 neonatos.

El microorganismo causal en la mayor parte de los casos resultó ser *Staphylococcus aureus*, lo cual se presentó en 12 pacientes (en un caso en conjunción con *Klebsiella pneumoniae* y en el resto como aislamiento simple). Otros microorganismos frecuentemente aislados fueron *Streptococcus agalactiae* en 5 recién nacidos y *Klebsiella pneumoniae* en 3 casos, estos últimos como aislamientos combinados con otros microorganismos.

En esta casuística 21 neonatos cursaron con fiebre, en solo 4 no estuvo entre las manifestaciones clínicas, y no se pudo precisar en el resto al revisar las publicaciones correspondientes.

Sin contar los 9 neonatos en que no se especifica el tratamiento recibido al realizar la revisión, todos los pacientes recibieron tratamiento antibiótico parenteral, variable en tipos de antibióticos, pues hay que considerar los períodos que se están estudiando y los protocolos de tratamiento de cada institución, entre otros aspectos.

La evolución de los casos fue favorable, con resolución de la infección, y solo hubo un paciente fallecido, pero que no estuvo en relación directa con la infección, sino que se debió a una enfermedad metabólica (trastorno del ciclo de la urea), habiendo ya curado de la parotiditis supurada.

Comentarios

La primera publicación sobre parotiditis supurada aguda neonatal en países iberoamericanos data de 1984 por *Méndez Espínola*, quien reporta 5 pacientes en Chile.⁵ Desde entonces se pueden encontrar en la literatura algunos casos puntuales, una serie de casos de 4 pacientes, y la más reciente de 8 neonatos en La Habana, Cuba,^{4,6-15} a la que se le añade un caso más ocurrido en el mismo hospital, recién haberse publicado esa serie con este tipo de infección, poco común en frecuencia, según se ha señalado por diversos autores.^{1,5,7,11} En La Habana, en el período de estudio (años 1992 a 2013), se realizaron 10 131 ingresos en el Servicio de Neonatología del Hospital Pediátrico Universitario "Juan Manuel Márquez", y la serie de 8 pacientes neonatales reportados representa que aproximadamente por cada 1 266 pacientes que ingresaron por distintos motivos, uno es un neonato con parotiditis supurada aguda.⁴

*Sanford*¹⁶ expresa que esta afección se presenta en mayor frecuencia que el número de casos que se reportan, señalando que casi todos los pediatras han tenido experiencia con algún paciente neonatal en el curso de su práctica clínica, pero no han tenido la intención de publicarlo, o han esperado por tener otro caso para hacerlo. Calcula que los 5 pacientes neonatales que describe nacieron en un período de 5 años y en los 2 hospitales de donde proceden los casos (*Presbyterian Hospital y Women's and Children's Hospital* Chicago, Illinois), ocurrieron aproximadamente 10 000 nacimientos en ese mismo período, por lo que la incidencia de presentación de la parotiditis supurada neonatal fue de 1 x 2 000 pacientes.

La parotiditis supurada aguda es más común en los recién nacidos a término, en contraste con una entidad similar, la sialadenitis submandibular supurada aguda, que es más frecuente en los neonatos pretérmino;¹⁶ pero la literatura evidencia que la parotiditis supurada aguda puede también afectar a los neonatos prematuros,¹⁷⁻¹⁹ lo cual también se evidencia en estos casos que se presentan, pues hubo 6 neonatos pretérmino.

Ismail y otros, en una revisión de casos por cuatro décadas, encontraron que predominó el sexo masculino con 34/44, para 77,0 %, ¹⁸ como también *Decembrino* y otros presentaron que 13/16 (81,2 %) eran neonatos masculinos.¹⁹ En esta casuística no hay un predominio franco de un sexo sobre el otro.

En cuanto a localización de la infección, la literatura muestra que lo más habitual es la presentación unilateral, aunque puede ocurrir la afectación de ambas parótidas a la vez.^{12,20,21} En la afectación unilateral es evidente en esta revisión que hay un predominio de la infección de la glándula parótida izquierda, detalle que en publicaciones de revisiones anteriores no se ha delimitado con precisión.^{17,18}

Se ha demostrado una amplia gama de microorganismos causales de parotiditis supurada neonatal, entre los que se encuentran *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes*, *Streptococcus agalactiae*, *Peptostreptococcus* spp., entre los grampositivos; así como, *Klebsiella pneumoniae*, *Escherichia coli*, *Pseudomona aeruginosa*, *Prevotella* spp., entre los gramnegativos,^{6,12,20-22} pero es notablemente predominante el *Staphylococcus aureus* como agente aislado en secreciones obtenidas a través del conducto de Stensen, o de abscesos de estas glándulas.^{17,19,22} En ocasiones se encuentra más de un microorganismo causal del cultivo de las secreciones de la glándula.^{4,7,21} En esta revisión se confirma la preponderancia de *Staphylococcus aureus*, pero igualmente, otros microorganismos pueden ser agentes causales solos o en asociación a *Staphylococcus aureus*.

La parotiditis supurada neonatal se caracteriza por un comienzo agudo de inflamación de la región parotídea, por delante de la oreja sobre el ángulo de la mandíbula, elevándola, o a veces prolongándose por debajo de la rama horizontal de la mandíbula. Es fácilmente palpable con consistencia firme, dolorosa a la manipulación y presión; la piel suprayacente está eritematosa, caliente, algo empastada. Es universal la presencia de estas manifestaciones y así la exhibían todos los casos detallados. La temperatura es variable, pero es frecuente la fiebre, que puede ser elevada en ocasiones.^{17,18} También el cuadro puede estar acompañado de irritabilidad, rechazo a lactar, pérdida o poca ganancia de peso.

El signo más característico de la parotiditis -y para algunos el signo patognomónico- es la salida de secreción purulenta por el orificio de desembocadura del conducto de Stensen en la boca, en la membrana mucosa bucal de la parte superior del margen alveolar de la mandíbula superior, a nivel de donde más tarde brotará el segundo molar, haciéndose más evidente al ejercer presión sobre la glándula inflamada.²² La desembocadura del conducto excretorio puede estar enrojecida o en algunos casos dilatada. En unos pacientes puede presentarse un cuadro de respuesta inflamatoria sistémica, alcanzando también un estadio de sepsis, particularmente en casos con bacteriemia concomitante.^{23,24} La evolución a formación de absceso de la glándula parotídea también puede presentarse en el neonato,^{21,22,25,26} y se identifica al examen por la sensación de renitencia-fluctuación a la palpación, que no estaba presente al comienzo de la infección. La recurrencia de la infección parotídea es rara cuando el inicio de la parotiditis supurada es en el período neonatal.⁸

En la actualidad se ha hecho común la infección por *S. aureus* resistente a meticilina, por lo que se recomienda en tales casos el uso de antibióticos del tipo antiestafilocócico resistente a la meticilina.^{8,27,28} Hay concordancia en que se debe indicar tempranamente tratamiento antibiótico por vía parenteral, que incluya el espectro de los microorganismos grampositivos, en combinación con otros que cubran el espectro de los gramnegativos, ya que también estos microorganismos se encuentran entre los agentes causales de la parotiditis supurada neonatal.^{3,27-29} De esta manera la terapia empírica inicial sería con: penicilina antiestafilocócica más un aminoglucósido, o penicilina antiestafilocócica más una cefalosporina. Este esquema fue habitual en los casos presentados, aunque hay variabilidad según los períodos e instituciones involucradas. El caso adicionado en este estudio a las publicaciones señaladas, resultó infectado por *S. aureus* resistente a meticilina, que ha sido el caso más reciente y se ajusta al fenómeno epidemiológico relatado. Por lo anterior es mandatorio enviar muestras de secreciones de la glándula, sea por drenaje a través del conducto, o por incisión y drenaje de absceso, lo que permite identificar el microorganismo causal y su patrón de susceptibilidad. También, el retardo en la curación con tratamiento antibiótico sugiere la presencia de un microorganismo resistente, particularmente *S. aureus* resistente a meticilina.²²

El tiempo de la antibioticoterapia no se ha determinado con exactitud, pero es consensuado que un mínimo de 7 a 10 días es necesario, o hasta que al menos la afectación se compruebe que ha resuelto.^{18,20} También es factible considerar un esquema de tratamiento secuencial parenteral-oral, que permita así no prolongar mucho tiempo el tratamiento por vía parenteral.

La evolución de esta infección en la actualidad es habitualmente favorable con adecuado tratamiento antibiótico.^{18,30} En esta revisión solo se indica un paciente fallecido, pero que no estuvo en relación directa con la infección, sino que se debió a una enfermedad metabólica (trastorno del ciclo de la urea), habiendo ya curado de la parotiditis supurada.⁴

CONSIDERACIONES FINALES

Se concluye que la parotiditis supurada neonatal, aunque es una entidad poco frecuente, ha sido motivo de publicaciones de casos puntuales y series de casos en Iberoamérica, pero limitado a 4 países: España, Portugal, Chile y Cuba. Las características en su expresión clínica, peculiaridad del microorganismo causal, tratamiento terapéutico y evolución, concuerda con revisiones publicadas sobre esta infección neonatal.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses en la realización del estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Leake D, Leake R. Neonatal suppurative parotitis. *Pediatrics*. 1970;46(2):203-7.
2. Micheli A, Raúl IA. A saint in the history of Cardiology. *Archiv Cardiol Mex*. 2014;84(1):47-50.
3. Makhoul J, Lorrot M, Teissier N, Delacroix G, Doit C, Bingen E, et al. Parotidite bactérienne aiguë chez les nourrissons de moins de 3 mois: étude rétrospective dans un centre hospitalier universitaire. *Arch Pédiatr*. 2011;18(12):1284-9.
4. Díaz Álvarez M, Claver Isás D, Medina González T, Rivera Alés L. Serie de 8 casos de parotiditis supurada aguda neonatal. *Rev Cubana Pediatr [serie en Internet]*. 2015 [citado 20 de septiembre de 2015];87(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312015000200013&lng=es&nrm=iso&tlng=es
5. Méndez Espinola BM. Parotiditis supurada neonatal. *Pediatría (Santiago de Chile)*. 1984;27(1/2):14-6.
6. Martos Martínez D, Rodríguez Becerra A, Cintado Bueno C. Parotiditis supurada en el período neonatal. Aportación de dos casos y revisión de la literatura. *An Esp Pediatr*. 1998;48:415-6.
7. Aguiar T, Dias A, Cordeiro Ferreira G, Do Céu Machado M. Parotidite bacteriana neonatal. *Acta Pediatr Port*. 2003;34(1):17-20.
8. Ayala Curiel J, Galán del Río P, Poza del Val C, Aguirre Conde A, Coter Lavín A. Parotiditis aguda supurativa neonatal. *An Pediatr (Barc)*. 2004;60(3):274-7.
9. León PJ, Bancalari MA. Parotiditis bacteriana neonatal. *Pediatría*. 2004;20(4):42-4.
10. Pou-Pradel E. Parotiditis supurada en dos gemelos recién nacidos. *Acta Pediatr Esp*. 2006;64:84-7.

11. Nso Roca AP, Baquero-Artigao F, García-Miguel MJ, del Castillo Martín F. Parotiditis aguda neonatal por *Streptococcus agalactiae*. An Pediatr (Barc). 2007;67(1):65-7.
12. Walter C, Noguera A, Gene A, Jiménez R, Fortuny C. Group B Streptococcal late-onset disease presenting with parotitis (letter). J Paediatr Child Health. 2009;45:764-6.
13. Cabezón R, Kreft J, Ramírez C, Witker D. Parotiditis aguda en recién nacido. Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello. 2010;70:65-70.
14. Dorado Moles MJ, Tagarro García A, Pérez-Seoane Cuenca B, Cañete Díaz A. Parotiditis aguda supurativa neonatal (carta). Acta Pediatr Esp. 2010;68(3):149-50.
15. Dias Costa F, Ramos Andrade D, Cunha FI, Fernandes A. Group B streptococcal neonatal parotitis. BMJ Case Report [serie en Internet]. 2015 [citado 22 de abril de 2016];online 10 June 2015. Disponible en: <http://casereports.bmj.com/content/2015/bcr-2014-209115.full.pdf>
16. Sanford HN, Shmigelsky I. Purulent parotitis in the newborn. J Pediatr. 1945;26:149-54.
17. Tapisiz A, Belet N, Çiftçi E, Fitöz S, İnce E, Doğru Ü. Neonatal suppurative submandibular sialadenitis. Turk J Pediatr. 2009;51:180-2.
18. 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.
19. Decembrino L, Ruffinazzi G, Russo F, Manzoni P, Stronati M. Monolateral suppurative parotitis in a neonate and review of literature. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2012;76:930-3.
20. Zurina Z, Wong HL, Jasminder K, Neoh SH, Cheah IG. Parotid abscess in a late premature infant: A case report. Med J Malaysia. 2012;67(6):631-2.
21. Sabatino G, Verrotti A, de Martino M, Fusilli P, Pallotta R, Chiareli F. Neonatal suppurative parotitis: a study of five cases. Eur J Pediatr. 1999;158:312-4.
22. Singh K. Bilateral parotid abscess in a neonate (letter). Indian Pediatr. 2006;43:1007.
23. Myer C, Cotton RT. Salivary gland disease in children: A review. Clin Pediatr. 1986;23(6):314-22.
24. Wood P, Thorpe M, Kumar Y. Acute parotitis in the neonate: possible late onset group B *Streptococcus*? (poster presentation). Intensive Care Med. 2011;37(sup 2):S374.
25. van Zanten E, Dekker S, van der Meer-Kappelle LH, Noordzij JG. Neonatale sepsis door groep B-streptokokken: atypisch en recidiverend beloop [Neonatal sepsis caused by group B streptococci: atypical and recurrent disease episodes]. Ned Tijdschr Geneesk. 2013;157(15):A5634.
26. Ross S, Guinn GH, Jackson C. Bilateral parotid gland abscess in a newborn infant. ClinProc Child Hosp (Washington). 1957;13:172.

27. Zurina Z, Wong HL, Jasinder K, Neoh SH, Cheah IG. Parotid abscess in a late premature infant: a case report. *Med J Malaysia*. 2012;67(6):631-2.
28. Ávila ML, Rivera C, Odio CM, Faingezicht I. Parotiditis supurativa. *Acta Pediatr Costarricense*. 1995;9(2):81-2.
29. Donovan ST, Rohman GT, Selph JP, Rajan R, Stocks RM, Thompson JW. Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* as a cause of neonatal suppurative parotitis: A report of two cases and review of the literature. *Ear Nose Throat J*. 2013;92(6):269-71.
30. de Suremain N, Marteau E, Leruste A, Tournier C, Delamar AL, Carbajal R. Parotidite aiguë neonatale suppurative: revue de la littérature à propos d'une observation. *Arch de Pédiatr*. 2013;21(2):223-5.

Recibido: 27 de enero de 2017.

Aprobado: 8 de marzo de 2017.

Manuel Díaz Álvarez. Hospital Pediátrico Universitario "Juan Manuel Márquez". Calle 31 y 76, municipio Marianao. La Habana, Cuba. Correo electrónico: mfdiaz@infomed.sld.cu