

Título: **Sialadenitis supurada aguda neonatal. Revisión temática y reportes de la literatura 1923-2015**

Autores:

Dr. Manuel Díaz Álvarez

Especialista de 1^{er} y 2^{do} grado en Pediatría y Neonatología, Profesor e Investigador Titular, Doctor en Ciencias Médicas

mfduaz@infomed.sld.cu

Dr. Ernesto Sánchez Cabrales Especialista 1^{er} grado en Cirugía Máxilo Facial.

Especialista en Atención Pediátrica. Cirujano Oncólogo pediátrico de Cabeza y Cuello.

Profesor Auxiliar

escabrales@infomed.sld.cu

Dra. Bárbara Acosta Batista

Especialista de 1^{er} grado en Neonatología, Profesora Asistente

bacosta@infomed.sld.cu

Dra. Odalis Céspedes Barrientos

Especialista de 1^{er} grado en MGI y Neonatología, Instructora

odalis.cespedes@infomed.sld.cu

Dra. Maritza Camejo Medina

Especialista de 1^{er} grado en MGI y Neonatología

camejo@infomed.sld.cu

Daniel Claver Isás

Especialista de 1^{er} grado en Neonatología

dclavel@infomed.sld.cu

Servicios de Neonatología y Máxilo-Facial. Hospital Pediátrico Universitario "Juan Manuel Márquez"

Introducción

Las sialadenitis se designan a todos los procesos inflamatorios de las glándulas salivales independientes del agente que lo origine. Aparece en cualquier grupo de edades, aunque existen entidades inflamatorias restringidas a edades pediátricas. La inflamación de las glándulas salivares puede ser causada por agentes bacterianos y en tal caso se produce una sialadenitis supurada. 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 deshidratación, prematuridad y estenosis ductales, son factores que predisponen a su desarrollo. Por lo general es unilateral y la glándula parótida resulta más frecuentemente afectada respecto a las glándulas submandibulares, pero más de una glándula puede estar afectada al mismo tiempo. Aunque la mayoría de los pacientes muestran como agente causal más frecuente *Staphylococcus aureus*, otros microorganismos se han encontrado en el cultivo de las secreciones de la glándula. En muy pocos casos hay que recurrir a la cirugía y el pronóstico es por lo general favorable.

En la literatura cubana no existían reportes de pacientes neonatales con parotiditis, ni de sialadenitis submandibular supurada aguda y en el transcurso de 23 años de trabajo en el Servicio de Neonatología del Hospital Pediátrico Universitario "Juan Manuel Márquez" se han atendido 8 casos con la primera entidad, además de un neonato con sialadenitis submandibular supurada aguda, los cuales han sido publicados recientemente ⁽¹⁻²⁾. A propósito de esto se realizó una revisión de la literatura internacional, para tratar de recopilar todos los casos publicados hasta la fecha actual con estas infecciones de escasa presentación en el período neonatal.

Se hizo revisión de la literatura escrita 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 siguientes palabras claves: ("suppurative parotitis" OR "purulent parotitis" OR "parotiditis supurativa" OR "parotiditis bacteriana" OR "suppurative sialadenitis" OR "bacterial sialadenitis" OR "purulent sialadenitis" OR "sialadenitis supurativa" OR "sialadenitis bacteriana" OR "sialadenitis purulenta") AND (neonatal OR newborn OR "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>), ClinicalKey (<https://www.clinicalkey.com>), Google (<http://www.google.com>).

Breve descripción anatómica

Para poder entender mejor la fisiopatogenia de esta entidad se hace necesario conocer algunos aspectos anatómicos elementales ⁽³⁾.

Hay 3 pares de glándulas salivales mayores que se sitúan simétricamente en las regiones laterales de la cara y submentoniana, que son las parótidas, submandibulares y sublinguales. La función de estas glándulas salivales es secretar saliva, la cual transita a través de una serie de conductillos, estos colectan a un conducto, el que finalmente desemboca en la boca. La saliva tiene numerosas funciones que incluyen digestión, lubricación, actividad antibacteriana, entre otras.

Las glándulas parótidas son las de mayor tamaño, situadas en los laterales de la cara, las cuales vierten sus secreciones por el conducto de Stenon o Stensen que corre paralelo y aproximadamente 1 cm. por debajo del cigoma para salir en la cavidad oral, opuesto donde en la niñez brotará el segundo molar superior. Las glándulas submandibulares son las que siguen en tamaño, las cuales tienen el conducto de Wharton que desemboca en el suelo de la boca, cerca del frenillo de la lengua. Las glándulas sublinguales yacen justo debajo de la mucosa del piso de la boca y a diferencia de las anteriores, carecen de un conducto dominante, por lo que drenan a través de múltiples pequeños conductillos.



Figura: Ilustración de la localización de las principales glándulas salivales. Obsérvese los conductos de drenaje de las glándulas parótidas y sublinguales (Stensen y Wharton respectivamente), mientras las sublinguales drenan por múltiples conductillos

Las glándulas salivares están conformadas por un parénquima secretor y el estroma, que no es más que tejido conectivo. El parénquima se constituye de numerosos acinos con sus conductillos asociados y estos producen la saliva, la cual tiene componentes orgánicos e inorgánicos. Hay acinos serosos que producen una saliva más acuosa, que es rica en enzimas y contiene IgA. Los acinos mucinosos producen una saliva viscosa, que contiene mayor cantidad de IgA y otras enzimas protectoras. En las glándulas parótidas los acinos son primariamente serosos, mientras que en las submandibulares y sublinguales hay acinos serosos y mucinosos⁽³⁾.

Frecuencia

Elterich en su reporte del año 1923 ⁽⁴⁾, hace referencia a la publicación de Plewka en 1921 ⁽⁵⁾, destacando que, en la más exhaustiva revisión de la literatura para la época, se planteaba que para esos años la sialadenitis se estaba reportando con mayor frecuencia, y que aunque era una entidad clínica definida entre los procesos patológicos del RN, esta entidad también puede ocurrir en lactantes y niños un poco mayores. En esa revisión se colectaron 52 pacientes con diagnóstico de sialadenitis. La afirmación de un incremento en los casos reportados no se correspondía con los hallazgos de Elterich, quien al publicar su paciente, con una parotiditis supurada neonatal, solo fue capaz de encontrar 2 casos reportados previamente al suyo en un período de 12 años. El mismo Elterich establece como demarcación, para registrar los casos reportados de parotiditis supurada neonatal, la publicación de Plewka, a partir de la cual su paciente era el tercero reportado en los últimos 10 años (1921 al 1933). Tal vez consideró que la casuística de 52 casos publicada por Plewka, estaba constituida por pacientes con sialadenitis y no específicamente de parotiditis supurada, pues esta localización afectó a 43/52 (81%) y el resto fueron infecciones purulentas de las glándulas sublinguales y submaxilares, además de no delimitarse el grupo de edad en que ocurrieron.

En 1945 aparece otro reporte de 5 pacientes neonatales con parotiditis supurada por Sanford ⁽⁶⁾. Señala que desde la publicación de Elterich y antes que su serie de casos, se habían dado a conocer 3 nuevos casos neonatales. Para ese entonces se contabilizan 11 pacientes neonatales con parotiditis supurada, posterior a la publicación de Plewka en 1921 ⁽⁵⁾. Como quiera, Sanford 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 de Chicago, Illinois), ocurrieron aproximadamente 10,000 nacimientos en ese mismo período, por lo que la incidencia de presentación de la parotiditis supurada neonatal es de 1 por cada 2,000 lactantes. En el Servicio de Neonatología del Hospital Pediátrico Universitario "Juan Manuel Márquez" la frecuencia reportada para parotiditis supurada fue de 1 por cada 1,266 neonatos ingresados ⁽¹⁾ y para sialadenitis submandibular supurada fue cerca de 1 por cada 10,000 neonatos ingresados ⁽²⁾.

En 1955 Robinson hace una publicación en la cual hace notar una declinación en la presentación de parotitis supurada aguda en la década de los 40, y él vincula estos cambios a la introducción de los antibióticos y los líquidos administrados intravenosamente, describiendo la entidad como una enfermedad evanescente ⁽⁷⁾. En realidad no es una afección frecuente en la actualidad, quizás lo fue hace un siglo atrás y declinó su frecuencia, pero aun se presentan casos, lo cual ha llevado a refutar la afirmación anterior como una enfermedad evanescente ⁽⁸⁾.

El más reciente reporte con revisión de la literatura sobre parotiditis supurada aguda neonatal es el de Ismail y cols. ⁽⁹⁾, quien repasa los últimos 40 años de la literatura inglesa y colecta un total de 44 casos (incluyendo 3 pacientes de su experiencia), en ese período de tiempo.

Etiología

Se ha demostrado una amplia gama de microorganismos causales de parotiditis y de sialadenitis submandibular supurada neonatal ⁽⁶⁾, pero es notablemente predominante el *Staphylococcus aureus* como agente aislado en secreciones obtenidas a través del conducto de Stensen, del conducto de Wharton, o de abscesos de estas glándulas ⁽¹⁰⁻¹¹⁾. Algunos otros microorganismos frecuentes son: *E. coli*, *Streptococcus viridans*, *Streptococcus pyogenes*, *Streptococcus agalactiae*, *Pseudomona aeruginosa*, *Klebsiella pneumoniae* ^(8, 10-16). En ocasiones se encuentra más de un microorganismo causal del cultivo de las secreciones de la glándula.

Patogenia

La glándula parótida tiene secreciones serosas con menor contenido mucoso que las glándulas submandibulares, esto proporciona una inmunidad relativa a la infección a estas últimas; pero además, las glándulas parótidas no han alcanzado la suficiente madurez y la cuantía de las secreciones son escasas, todo lo cual facilita que la sialadenitis neonatal sea mucho más común en las glándulas parótidas que en las glándulas submandibulares ⁽¹¹⁾.

El modo de adquirir esta infección puede no ser aparente al inicio de la evaluación del paciente. Se plantean 2 vías por las que ocurre la infección de las glándulas parótidas ^(4, 6, 14):

1. Infección directa desde la boca por vía canalicular ascendente, a través del conducto de Stensen, desde el orificio de salida en la boca.
2. Siembra bacteriana por vía hematógena.

Por otra parte, se han establecido una serie de factores de riesgo para la ocurrencia de esta infección ^(6, 10, 17-20) que son:

- Edad menor de un año y particularmente el período neonatal

Además de la inmadurez inmunológica presente en los neonatos, más acentuado en aquellos prematuros, también se conoce la deficiente función de las no aun desarrolladas glándulas salivales y a la acidez o reacción neutral de la saliva en este período de la vida, como ya se mencionó anteriormente.

- Prematuridad

Se plantea que un 30 a 40% de los casos son RNPT.

- Deshidratación

En los niños pequeños solo un grado moderado de deshidratación es necesario para que ocurra una estasis de la saliva por incremento de su viscosidad. El estasis promueve el ascenso bacteriano por el conducto salivar.

- Suspensión de lactancia materna
- Traumatismos en la boca

Puede ocurrir durante maniobras de reanimación, aspiración o en la remoción del mucus o limpieza de la boca con el dedo cubierto de una gaza, lo cual era común años atrás.

- Infecciones maternas y en particular mastitis
- Alimentación prolongada oro-gástrica

La alimentación naso-gástrica u oro-gástrica inhibe el estímulo a la producción y excreción de saliva y puede disminuir el aclaramiento de saliva, produciendo una obstrucción ductal funcional e inflamación local.

Manifestaciones clínicas

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, elevando la misma, o a veces prolongándose por debajo de la rama horizontal de la mandíbula. La afectación es unilateral generalmente, aunque en algunas ocasiones puede ser bilateral ^(3, 13, 15, 21-22). Es fácilmente palpable con consistencia firme, dolorosa a la manipulación y presión; la piel suprayacente está eritematosa, caliente, algo empastada. La temperatura es variable pero es frecuente la fiebre, la cual puede ser elevada en ocasiones. También el cuadro puede estar acompañado de irritabilidad, rechazo a lactar, pérdida o poca ganancia de peso. En el caso de la sialadenitis submandibular, el proceso inflamatorio se localiza hacia la región submandibular del lado afectado, extendiéndose a veces a parte de la cara y cuello como eritema con edema satélite, presentando otras manifestaciones similares a las descritas anteriormente. Hemos notado para estas infecciones la sialorrea seropurulenta y a veces con estrías de sangre por la comisura labial ⁽²⁾.

El signo más característico de la parotiditis y de la sialadenitis supurada submandibular, y para algunos el signo patognomónico, es la salida de secreción purulenta por el orificio de desembocadura del conducto de Stensen y el de Wharton 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 y en el suelo de la boca, por debajo de la lengua, según corresponde a estas glándulas respectivamente, haciéndose más evidente al ejercer presión sobre

la glándula inflamada ⁽¹¹⁾. La desembocadura del conducto excretorio puede estar enrojecida o en algunos casos dilatada.

En algunos 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 glandular de la glándula parótida o de la submandibular también puede presentarse en el neonato ^(11, 22, 25-29) 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 debut de la parotiditis supurada es en el período neonatal ^(12-13, 30).

Exámenes de laboratorio

Leucograma: con frecuencia leucocitosis con neutrofilia

Velocidad de sedimentación globular: pocas veces indicado puede estar acelerada.

Proteína C reactiva: Cuando es por técnica cuantitativa con frecuencia se encuentra mayor de 10 mg/100 y por técnica cualitativa sería comunmente positiva.

Exámenes de radioimagen

Ultrasonografía de la glándula: Ayuda a confirmar el diagnóstico clínico, además permite discernir la inflamación de la glándula de una celulitis focal, adenitis y también identificar la formación de abscesos. Se puede apreciar aumento de volumen de la glándula, el parénquima con ecoestructura alterada por la inflamación, más hipoecogénico, rugoso; puede haber zonas de licuefacción (como signos de formación de absceso) que aparecen hipoecogénicas con bordes de la pared hiperecogénicas ⁽³¹⁾. En niños mayores y en la parotiditis recurrente se busca imagen de sialolitiasis.

Tomografía computarizada y resonancia magnética nuclear: No se indica de rutina y ofrece también confirmación del diagnóstico clínico.

Sialograma: Estudio reservado para niños mayores que explorar dilatación, destrucción o sialolitiasis en casos con parotiditis recurrente.

Cintigrafía: (tecnecio radiactivo) para determinar la funcionabilidad de la glándula.

Diagnóstico diferencial para sialadenitis⁽³²⁾

Tipo de masa	Sitio	Aspecto
Linfangiona	Submentoniana, submandibular, supraclavicular	Blando, compresible, márgenes indistinguibles, se incrementa con el llanto, doloroso cuando está infectado
Sialadenitis	Submentoniana, preauricular, submandibular	Firme, dolorosa, pus del orificio. Incremento de la amilasa sérica
Teratoma	Línea media, paramediana	Solitaria, bordes irregulares, rápido incremento en tamaño, habitualmente presente al nacimiento. Calcificaciones en Rx
Quiste dermoide	Línea media, submentoniana	Discreta, suave, elástica, no dolorosa, no retraible a la deglución
Linfadenitis	Submentoniana, submandibular, pre y post-auricular, cervical, occipital	Firme, dolorosa, móvil, asociada con inflamación del mentón o intraoral
Necrosis subcutánea	Submentoniana, región del cuello, cualquier otra localización relacionada con trauma	Nódulo firme, bien circunscrita, coloración purpúrica, sitio del trauma al nacimiento (forceps), resuelve espontáneamente

Causa	Tejido primario involucrado	Edad usual de presentación	Consistencia	Signos inflamatorios	Tratamiento
Sialadenitis supurativa	Glándula submandibular	Segunda semana de vida	Firme o fluctuante	Localizada sobre la glándula	Drenaje de material purulento, antimicrobianos
Linfadenitis supurativa	Nódulos linfoides	3-10 semanas de edad	Firme o fluctuante	Generalizada	Drenaje de material purulento, antimicrobianos
Higroma quístico	Vasos linfáticos	Algunas semanas después del nacimiento	Blando	Usualmente ausente	Excisión quirúrgica
Hemangioma	Endotelio	Nacimiento o pocas semanas de vida	Elástica	Usualmente ausente	No se requiere usualmente intervención médica

Pronóstico

Hacia la primera mitad del siglo pasado el pronóstico era adverso, frecuentemente debido a un cuadro de sepsis fatal⁽¹⁰⁾. Los más vulnerables eran los pacientes neonatales y principalmente aquellos prematuros. Actualmente la evolución suele ser favorable, particularmente a partir de la disposición de agentes quimioterapéuticos en los primeros años del siglo pasado y después con el advenimiento de los antibióticos, aunque puede haber complicaciones serias y precisamente sería para los RNs prematuros^(12, 33-34).

Se han descrito algunas complicaciones en los pacientes con parotiditis supurada como son⁽³³⁾:

- Parálisis facial
- Involucración de otra glándula
- Penetración dentro del canal auditivo externo

- Prolongación del proceso purulento, a través de los vasos cervicales hasta mediastino (mediastinitis)
- Fístula salival
- Septicemia

Tratamiento

I. Preventivo

Mantener la lactancia materna. Aunque no hay una evidencia contundente sobre este aspecto ⁽³⁵⁾, sobran razones para tener esta premisa.

Evitar traumatismos orales.

II. Curativo

Antes del advenimiento de los antibióticos se utilizaba comúnmente embrocaciones o compresas tibias con ácido bórico ⁽⁴⁾. También se utilizó la terapia con Rx sobre el área de la parótida, administrada a dosis de 125 roentgens, en 2 a 3 sesiones ⁽³⁶⁾. Esta terapia radiante se aconsejaba administrar tan pronto como se tuviera el diagnóstico de la infección parotídea.

a) Médico.

Medidas generales

- Asegurar estado nutricional adecuado e insistir en mantener la lactancia materna (en muchos casos la succión continúa, a pesar de la infección).
- Mantener buena hidratación para disminuir el éstasis de la saliva en los conductos de la glándula.
- Medidas antitérmicas si fuera necesario.

Se recomienda evacuar todo el pus mediante masajes-compresiones externas gentiles regulares de la glándula parótida, iniciando desde la porción distal de la glándula y en dirección al conducto de Stensen, lo cual ayuda a drenar el pus acumulado y pudiera evitar recurrir a la cirugía ⁽³⁷⁾. En nuestra experiencia también hemos comprobado la evolución favorable, ejecutando esta maniobra, sin necesidad de recurrir a la cirugía en ningún paciente ⁽¹⁻²⁾.

Antibióticos

Los primeros antibióticos utilizados para tratar esta infección fueron las sulfonamidas (sulfatiazol y sulfadiazina). Otro que se comenzó a utilizar en los primeros años fue la penicilina G ^(20, 36). Más

adelante, al aparecer *S. aureus* penicilinas resistente, se utilizó con frecuencia antibióticos del tipo anti-estafilocócico resistente a la penicilina ^(11, 38).

En la actualidad se ha hecho común la infección por *S. aureus* resistente a meticilín por lo que se recomienda en tales casos el uso de antibióticos del tipo anti-estafilocócico resistente a la meticilina ^(30, 39). Se sugiere además en combinación con otros que cubran el espectro de los Gram negativos, ya que también estos microorganismos se encuentran entre los agentes causales de la parotiditis supurada neonatal ^(30, 39-41). De esta manera la terapia empírica inicial sería con:

- Penicilina antiestafilocócica + aminoglucósido o,
- Penicilina antiestafilocócica + cefalosporina

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 ⁽¹³⁾. También es factible considerar un esquema de tratamiento secuencial parenteral-oral, permitiendo así no prolongar mucho tiempo el tratamiento por vía parenteral.

b) Quirúrgico.

Insición y drenaje en casos con abscedación de la glándula o de celulitis abscedada suprayacente ⁽⁶⁾, especialmente cuando con apropiada antibioticoterapia no hay resolución del cuadro. La insición del absceso glandular debe abordarse oblícuamente, por debajo del ángulo mandibular, para evitar lesionar el nervio facial; aunque desde hace tiempo otros cirujanos plantean que el riesgo de lesionar este nervio con una insición pre-auricular vertical es mínimo ⁽⁴²⁾.

Tabla 1. Casos reportados de parotiditis supurada aguda neonatal en la literatura 1923-2015

Referencia/año	País	Edad gestacional/peso (gramos)	Edad cronológica (días)/sexo	Localización	Microorganismo aislado en secreción	Fiebre	Conteo total de leucocitos sanguíneos ($\times 10^9/L$)	Lactancia materna	Tratamiento	Evolución
Decker/1923 ⁽⁴⁾	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?
Brandt/1924 ⁽⁴⁾	Alemania	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?
Tambato/1928 ⁽⁴³⁾	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?
Elterich/1933 ⁽⁴⁾	EEUU	RNT/3900	14/F	Derecha	<i>S. aureus</i>	102°F	13.6	Si	Ác. bórico en compresas tibias externas	V
Baxter/1937 ⁽¹⁹⁾	EEUU	RNT/4065	6/M	Derecha	<i>Streptococcus</i> spp. + bacilo colónico + <i>Alcaligenes faecalis</i>	103.8°F	¿?	¿?	Ác. bórico en compresas tibias externas Incisión y drenaje	¿?
Bloch/1937 ⁽⁶⁾	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?
"	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?
Sanford/1945 ⁽⁶⁾	EEUU	RNPT/2560	8/M	Derecha	<i>S. aureus</i>	103°F	18.0	Mixta	Ác. bórico en compresas tibias externas Compresión de glándula Sulfanilamida Incisión y drenaje	V
"	EEUU	RNT/3072	7/M	Derecha	<i>S. aureus</i>	102°F	29.9	No	Sulfatiazol Incisión y drenaje	V
"	EEUU	RNPT/2816	8/M	Derecha	<i>S. aureus</i>	101°F	30.0	Mixta	Sulfatiazol Incisión y drenaje	V
"	EEUU	RNT/2976	9/M	Izquierda	<i>S. aureus</i>	103°F	41.6	Mixta	Sulfas Incisión y drenaje	V
"	EEUU	RNT/4352	9/F	Izquierda	<i>S. aureus</i>	103.6°F	22.0	Si	Sulfatiazol Incisión y drenaje	V
Neuhauser/1945 ⁽³⁶⁾	EEUU	¿?/¿?	26/¿?	Izquierda	<i>S. aureus</i>	¿?	¿?	¿?	Radiación(Rx) focal Sulfadiazine	V

"	EEUU	¿?/¿?	9/¿?	Izquierda	<i>S. aureus</i>	¿?	¿?	¿?	Radiación(Rx) focal Sulfadiazine	V
"	EEUU	¿?/¿?	12/¿?	Derecha	<i>S. aureus</i>	¿?	¿?	¿?	Radiación(Rx) focal Sulfadiazinel + Penicilina	V
Rivarola/1946 ⁽⁴⁴⁾	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?
Reisman/1946 ⁽⁴⁵⁾	EEUU	RNPT/1700	9/M	Derecha	<i>S. aureus</i>	¿?	¿?	¿?	Sulfadiazina Compresas tibias Incisión y drenaje	V
Möller/1947 ⁽⁴⁶⁾	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	V
Schaible/1948 ⁽⁴⁷⁾	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	V
Shulman/1950 ⁽²⁰⁾	EEUU	RNT/2838	7/F	Izquierda	<i>S. aureus</i>	102.4°F	23.2	No	Fomentos locales Penicilina	V
Campbell/1951 ⁽⁴⁵⁾	Inglaterra	RNT/¿?	6/M	Izquierda	<i>S. aureus</i>	104°F	¿?	No	Sulfadimidine Penicilina Estreptomicina Incisión y drenaje	V
White/1952 ⁽⁴²⁾	Inglaterra	RNT/¿?	9/F	Derecha	<i>S. aureus</i>	37.7°C	¿?	No	Penicilina Estreptomicina Limpieza oral con antisépticos Incisión y drenaje	V
Ross/1957 ⁽²⁵⁾	EEUU	¿?/¿?	¿?/¿?	Bilateral	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?
Haritos/1961 ⁽⁴⁸⁾	EEUU	¿?/¿?	¿?/¿?	Bilateral	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?
David/1970 ⁽¹²⁾	EEUU	¿?/¿?	Neonato/M	Unilateral	<i>S. aureus</i> + <i>Streptococcus</i> <i>viridans</i>	¿?	¿?	¿?	¿?	V
"	EEUU	¿?/¿?	Neonato/M	Unilateral	<i>Streptococcus</i> <i>pyogenes</i>	¿?	¿?	¿?	¿?	V
"	EEUU	¿?/¿?	Neonato/M	Unilateral	<i>Streptococcus</i> <i>pyogenes</i> + <i>Streptococcus</i> <i>viridans</i>	¿?	¿?	¿?	¿?	V

"	EEUU	RNPT/¿?	Neonato/¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	V
"	EEUU	RNPT/¿?	Neonato/¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	V
"	EEUU	RNPT/¿?	Neonato/¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	V
"	EEUU	RNPT/¿?	Neonato/¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	V
"	EEUU	RNPT/¿?	Neonato/¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	V
Ramamurthy/1973 ⁽⁴⁹⁾	EEUU	¿?/¿?	Neonato/¿?	¿?	<i>S. aureus</i>	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	V
Kaban/1978 ⁽⁵⁰⁾	EEUU	¿?/¿?	7/¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	Antibioticoterapia	V
"	EEUU	¿?/¿?	Neonato/¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	Antibioticoterapia	V
Dominick/1979 ⁽¹⁷⁾	Alemania	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?
"	Alemania	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?
"	Alemania	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?
"	Alemania	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?
"	Alemania	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?
"	Alemania	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?
Yagupsky/1982 ⁽⁵¹⁾	Israel	¿?/¿?	26/M	¿?	<i>S. aureus</i>	38.1°C	17.9	¿?	¿?	Dicloxacilina	V
"	Israel	¿?/¿?	15/M	¿?	<i>S. aureus</i>	No	26.0	¿?	¿?	Dicloxacilina	V
Méndez/1984 ⁽⁵²⁾	Chile	RNPT/¿?	Neonato/¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	V
"	Chile	RNPT/¿?	Neonato/¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	V
"	Chile	RNPT/¿?	Neonato/¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	V
"	Chile	RNT/¿?	Neonato/¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	V
"	Chile	RNT/¿?	Neonato/¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	V
Mathur/1988 ⁽³³⁾	India	RNPT/¿?	14/M	Derecha	<i>S. aureus</i>	Si	13.0	¿?	¿?	Antibioticoterapia	V
Tam/1988 ⁽⁵³⁾	Hong Kong	¿?	Neonato/¿?	¿?	<i>S. aureus</i> (MRSA)	¿?	¿?	¿?	¿?	Antibioticoterapia	V
Haruta/1989 ⁽⁵⁴⁾	Japón	¿?/¿?	<30/¿?	¿?	<i>S. aureus</i>	¿?	¿?	¿?	¿?	Cefmenoxime	V
Kaszniak/1990 ⁽⁵⁵⁾	Polonia	¿?/¿?	Neonato/¿?	¿?	<i>S. aureus</i>	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?
Tessin/1990 ⁽⁵⁶⁾	Suecia	¿?/¿?	Neonato/¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	Antibioticoterapia	V
"	Suecia	¿?/¿?	Neonato/¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	Antibioticoterapia	V
Hammond/1991 ⁽⁵⁷⁾	Holanda	¿?/¿?	21/M	Izquierda	<i>S. aureus</i>	¿?	¿?	¿?	¿?	Antibioticoterapia	V
Çoban/1993 ⁽⁸⁾	Turkía	RNPT/1460	18/F	Bilateral	<i>Klebsiella pneumoniae</i>	No	8.2	¿?	¿?	Vancomicina Amikacina Incisión y drenaje	V

Chiu/1996 ⁽⁵⁸⁾	Taiwán	RNPT/¿?	21/M	Derecha	No crecimiento	Si	23.1	¿?	Oxacilina	V
"	Taiwán	RNT/¿?	20/M	Izquierda	<i>S. aureus</i> <i>S. viridans</i>	Si	28.3	¿?	Oxacilina	V
Martos/1998 ⁽⁵⁹⁾	España	RNT/>2500	14/F	Derecha	<i>S. aureus</i>	No	17.5	Si	Compresión de glándula Cefalotina + Gentamicina	V
"	España	RNT/4140	28/M	Derecha	<i>S. α-hemolítico</i>	Si	14.0	No	Netilmicina + Cefotaxima	V
Lindgren/1998 ⁽¹⁸⁾	Noruega	RNPT/1770	25/M	Izquierda	No se tomó muestra	Si	13.4	Si	Cefuroxima o Cloxacilina Hidratación EV	V
"	Noruega	RNPT/700	37/M	Izquierda	No se tomó muestra	Si	15.4	Si	Cefuroxima o Cloxacilina Hidratación EV	V
"	Noruega	RNPT/1610	13/M	Izquierda	No se tomó muestra	Si	24.2	Si	Cefuroxima o Cloxacilina Hidratación EV	V
"	Noruega	RNPT/1500	20/M	Izquierda	No se tomó muestra	Si	11.8	Si	Cefuroxima o Cloxacilina Hidratación EV	V
Sabui/1999 ⁽⁶⁰⁾	Australia	RNPT/959	30/F	Derecha	<i>S. agalactiae</i>	No	¿?	Si	Penicilina	V
Sabatino/1999 ⁽¹³⁾	Italia	RNT/3200	20/M	Derecha	<i>S. aureus</i>	Si	¿?	¿?	Cefotaxime	V
"	Italia	RNPT/1600	15/M	Izquierda	<i>Klebsiella</i> <i>pneumoniae</i>	No	¿?	¿?	Amikacina	V
"	Italia	RNPT/2400	30/M	Bilateral	<i>S. aureus</i>	Si	¿?	¿?	Vancomicina	V
"	Italia	RNT/3100	24/F	Izquierda	<i>S. aureus</i> <i>Bacteroides</i> <i>melaninogenicus</i>	No	¿?	¿?	Vancomicina	V
"	Italia	RNT/2980	25/F	Derecha	<i>S. viridans</i>	No	¿?	¿?	Cefuroxime	V
Fathalla/2000 ⁽⁶¹⁾	EEUU	RNPT/¿?	60/M	Izquierda	<i>Staphylococcus</i> coagulasa negativa	No	Leucocitosis	No	Nafcillina + Cefotaxime	V
Weemaes/2001 ⁽⁴⁰⁾	Francia	RNPT/¿?	17/F	Derecha	<i>S. aureus</i> <i>S. viridans</i>	Si	24.7	¿?	¿?	V
Salaria/2001 ⁽²¹⁾	India	¿?/1750	12/M	Derecha	<i>S. aureus</i>	No	13.8	¿?	Cloxacilina + Gentamicina	V

"	India	¿?/¿?	14/M	Bilateral	<i>S. aureus</i>	Si	24.0	¿?	Cloxacilina + Gentamicina	V
Brook/2002 ⁽⁶²⁾	EEUU	RNPT/3550	22/M	Derecha	<i>Peptostreptococcus intermedius Prevotella melaninogenica</i>	38.6°C	14.4	¿?	Clindamicina Incisión y drenaje	V
"	EEUU	RNT/4050	18/F	Izquierda	<i>Prevotella intermedia</i>	No	18.2	¿?	Ticarcilina/Clavulánico Incisión y drenaje	V
Chevalier/2002 ⁽⁶³⁾	EEUU	RNPT/1430	14/F	Derecha	<i>Staphylococcus epidermidis</i> (en hemocultivo)	¿?	38.1	¿?	Vancomicina + Cefotaxime	V
Smolkin/2002 ⁽⁶⁴⁾	Israel	RNT/3290	7/M	Izquierda	<i>S. aureus</i>	Si	¿?	¿?	Compresión de glándula Cloxacilina	V
Managoli/2002 ⁽³⁵⁾	India	RNT/¿?	12/M	Derecha	<i>S. aureus</i> (MRSA)	No	26.3	Si	Cloxacilina + Gentamicina Vancomicina + Ciprofloxacina	V
Aguiar/2003 ⁽⁶⁵⁾	Portugal	RNPT/¿?	20/F	Unilateral	No aislamiento	Si	¿?	¿?	Flucloxacilina + Gentamicina	V
"	Portugal	RNT/¿?	10/F	Unilateral	<i>E. coli</i>	Si	¿?	¿?	Flucloxacilina + Gentamicina + Ampicilina	V
"	Portugal	RNT/¿?	16/F	Unilateral	<i>S. agalactiae</i>	Si	¿?	¿?	Gentamicina + Ampicilina	V
"	Portugal	RNT/¿?	18/M	Unilateral	<i>E. coli + S. viridans</i>	No	¿?	¿?	Gentamicina + Ampicilina	V
Schwab/2003 ⁽⁶⁶⁾	EEUU	RNT/¿?	8/M	Derecha	<i>S. aureus</i>	38.8°C	19.7	¿?	Clindamicina + Cefotaxime	V
Ayala Curiel/2004 ⁽³⁰⁾	España	RNPT/¿?	12/M	Izquierda	<i>S. aureus</i>	38.0°C	36.8	¿?	Cloxacilina + Cefotaxime	V
"	España	RNT/3010	12/F	Derecha	<i>S. aureus</i>	37.5°C	24.0	Si	Ampicilina + Amikacina + Metronidazol; Cloxacilina	V
León/2004 ⁽⁶⁷⁾	Chile	RNT/¿?	11/¿?	Unilateral	¿?	Si	¿?	¿?	¿?	¿?
"	Chile	RNT/¿?	8/¿?	Unilateral	¿?	Si	¿?	¿?	¿?	¿?

Spiegel/2004 ⁽⁶⁸⁾	EEUU	RNT/3700	16/M	Izquierda	<i>S. aureus</i>	37.9°C	21.3	Si	Cloxacilina + Gentamicina	V
"	EEUU	RNT/3700	28/M	Derecha	<i>S. aureus</i>	38.5°C	16.7	No	Cloxacilina + Gentamicina	V
Möckel/2005 ⁽⁶⁹⁾	Alemania	RNPT/3185	10/M	Derecha	<i>S. aureus</i>	No	13.6	¿?	Cefuroxima	V
Allen/2005 ⁽⁷⁰⁾	Australia	RNT/3300	8/F	Bilateral	<i>S. haemolyticus</i>	Si	21.6	Si	Ampicilina + Cefotaxime	V
Singh/2006 ⁽²²⁾	India	RNT/2800	7/M	Bilateral	<i>S. aureus</i>	No	¿?	Si	Ampicilina + Cloxacilina Insición y drenaje	V
De Graaf/2005 ⁽⁷¹⁾	Holanda	RNT/3800	14/F	Derecha	<i>S. aureus</i>	39.9°C	¿?	¿?	Amoxicilina/Clavulánico	V
Mohyud-Din/2006 ⁽⁷²⁾	Pakistán	RNT/3160	12/M	Bilateral	<i>S. aureus</i>	Si	19.7	Si	Cefotaxime + Amikacina; Vancomicina + Ceftazidime	V
Todoroki/2006 ⁽⁷³⁾	Japón	RNT/2650	10/M	Derecha	<i>S. aureus</i> (MSSA)	37.2°C	23.1	No	Cefpirone	V
Pou-Pradel/2006 ⁽⁷⁴⁾	España	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?
"	España	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?
Nso Roca/2007 ⁽¹⁴⁾	España	RNT/¿?	27/F	Derecha	<i>S. agalactiae</i>	37.6°C	10.4	¿?	Cefotaxime	V
"	España	RNT/¿?	30/M	Izquierda	<i>S. agalactiae</i>	38.9°C	2.1	¿?	Cefotaxime	V
Walter/2009 ⁽¹⁵⁾	España	RNT/4500	22/M	Bilateral	<i>S. agalactiae</i>	38.0°C	7.2	No	Cloxacilina + Gentamicina; Ampicilina	V
Miranda/2010 ⁽⁷⁵⁾	EEUU	RNPT/2200	13/M	Derecha	<i>S. aureus</i>	No	19.0	¿?	Ampicilina-Sulbactán	V
Cabezón/2010 ⁽⁷⁶⁾	Chile	RNT/3230	13/M	Derecha	<i>S. aureus</i>	38.0°C	20.5	Si	Cefotaxime + Cloxacilina	V
Khan/2010 ⁽⁷⁷⁾	Irlanda	RNT/4160	21/M	Izquierda	<i>S. aureus</i>	37.2°C	15.9	¿?	Flucloxacilina + Gentamicina	V
Akgun/2010 ⁽⁷⁸⁾	Turkía	RNT/2850	3/M	Derecha	<i>S. aureus</i>	38.0°C	6.8	Si	Vancomicina + Amikacina	V
Herrera/2010 ⁽¹⁶⁾	EEUU	RNT/¿?	20/M	Izquierda	<i>S. pyogenes</i>	38.8°C	13.0	¿?	Cefotaxime + Ampicilina + Vancomicina	V
Dorado/2010 ⁽⁷⁹⁾	España	RNT/¿?	12/F	Izquierda	<i>S. aureus</i>	38.6°C	26.7	Si	Cloxacilina + Gentamicina	V
Makhoul/2011 ⁽⁴¹⁾	Francia	RNT/¿?	27/F	Unilateral	No se realizó cultivo	38.0°C	25.3	¿?	Cefotaxime + Gentamicina	V

"	Francia	RNT/¿?	25/M	Unilateral	<i>S. aureus</i> (MSSA)	38.8°C	14.6	¿?	Cefotaxime + Fosfocina + Metronidazol	V
Gilbey/2011 ⁽⁸⁰⁾	Israel	RNT/3135	10/F	Izquierda	<i>S. aureus</i>	37.3°C	29.5	¿?	Cefuroxime	V
Özdemir/2011 ⁽³⁸⁾	Turkía	RNPT/2950	20/M	Derecha	<i>P. aeruginosa</i>	38.5°C	18.2	Si	Ampicilina-Sulbactán; Cefotaxidime	V
Davis/2011 ⁽⁸¹⁾	EEUU	RNPT/2120	11/M	Derecha	<i>S. aureus</i> (MSSA)	¿?	¿?	Si	Vancomicina; Oxacilina	V
Cyriac/2011 ⁽⁸²⁾	Inglaterra	RNT/¿?	11/¿?	Derecha	<i>S. aureus</i>	No	Leucocitosis	¿?	Flucloxacilina	V
Wood/2011 ⁽²³⁾	Inglaterra	RNPT/¿?	55/¿?	¿?	<i>S. agalactiae</i> serotipo III	No	¿?	¿?	Antibióticos	V
D'Souza/2012 ⁽⁸³⁾	EEUU	RNPT/¿?	20/F	Derecha	<i>S. aureus</i> (MSSA) <i>Enterococcus</i> sp.	No	31.8	¿?	Vancomicina Masaje región parotídea	V
Sekhon/2012 ⁽⁸⁴⁾	Inglaterra	RNT/3220	15/M	Izquierda	<i>S. aureus</i>	Si	17.2	No	Amoxicilina/Clavulánico; Cefotaxime + Metronidazol	V
Zurina/2012 ⁽²⁹⁾	Malasia	RNPT/2200	7/M	Derecha	<i>S. aureus</i>	38.0°C	10.8	Si	Cloxacilina + Amikacina	V
Decembrino/2012 ⁽⁸⁵⁾	Italia	RNT/2370	30/M	Izquierda	<i>S. aureus</i>	No	18.2	¿?	Vancomicina + Cefotaxime	V
de Suremain/2013 ⁽⁸⁶⁾	Francia	RNT/¿?	23/M	Derecha	<i>S. aureus</i> (MRSA)	38.1°C	15.3	¿?	Amoxicilina/Clavulánico + Gentamicina	V
Donovan/2013 ⁽⁸⁷⁾	EEUU	RNPT/2590	20/M	Derecha	<i>S. aureus</i> (MRSA)	No	18.6	¿?	Vancomicina + Cefotaxime + Clindamicina Insición y drenaje	V
Van Zanten/2013 ⁽²⁴⁾	Holanda	RNPT/915	84/¿?	Derecha	<i>Streptococcus agalactiae</i>	No	¿?	¿?	Cefotaxima + Amoxicilina; Penicilina	V
Ismail/2013 ⁽⁹⁾	Kuwait	RNT/3850	8/M	Izquierda	<i>S. aureus</i> (MRSA)	39.2°C	20.5	Si	Cloxacilina + Cefotaxime Insición y drenaje	V
"	EEUU	RNPT/¿?	28/F	Izquierda	<i>S. aureus</i> (MRSA)	Si	¿?	¿?	Vancomicina + Cefotaxime + Clindamicina; Nafcillina Insición y drenaje	V

"	Kuwait	RNT/2320	8/M	Derecha	<i>S. aureus</i> (MRSA)	38.5°C	8.7	No	Cloxacilina + Cefotaxime; Vancomicina + Gentamicina Insición y drenaje	V
"	Kuwait	RNT/3250	14/F	Izquierda	<i>S. aureus</i>	37.2°C	28.1	Si	Vancomicina + Gentamicina	V
Boulyana/2014 ⁽⁸⁸⁾	Francia	RNT/3485	21/F	Izquierda	<i>Streptococcus agalactiae</i>	39.0°C	8.5	¿?	Cefotaxima + Gentamicina	V
Hamid 2014 ⁽⁸⁹⁾	India	RNT/¿?	8/F	Izquierda	<i>S. aureus</i>	Si	18.0	¿?	Amoxicilina/Clavulánico Insición y drenaje	V
Moradi/2014 ⁽⁹⁰⁾	Irán	RNT/3450	19/F	Derecha	<i>S. aureus</i>	38.0°C	18.6	¿?	Amikacina + Vancomicina + Cefotaxima; Clindamicina + Meropenem Insición y drenaje	V
Banerjee/2014 ⁽⁹¹⁾	India	RNT/¿?	18/M	Bilateral	<i>S. aureus</i>	Si	23.5	Si	Amoxicilina/Clavulánico + Gentamicina	V
Aletayeb/2014 ⁽⁹²⁾	Irán	RNT/4300	32/F	Izquierda	<i>S. aureus</i>	37.8°C	12.6	Si	Vancomicina + Amikacina	V
Dias/2015 ⁽¹¹²⁾	Portugal	RNT/3295	13/M	Derecha	<i>S. agalactiae</i>	No	14.2	¿?	Flucloxacilina + Cefotaxime Ampicilina	V
Deepak/2015 ⁽¹¹³⁾	India	RNPT/1400	27/M	Bilateral	<i>E. coli</i>	No	27.0	Si	Ceftriaxone + Amikacina Incisión y drenaje	V
Ryan/2015 ⁽¹¹⁴⁾	Inglaterra	RNT/¿?	16/F	Izquierda	<i>S. aureus</i>	Si	Leucocitosis	Mixta	Cefotaxime + Flucloxacilina	V
Díaz/2015 ⁽¹⁾	Cuba	RNT/2920	9/M	Izquierda	<i>Enterobacter cloacae</i> + <i>Klebsiella pneumoniae</i>	37.5°C	20.1	Si	Gentamicina	V
"	Cuba	RNT/2900	7/M	Izquierda	<i>S. aureus</i> + <i>Klebsiella pneumoniae</i>	38.0°C	8.2	Si	Gentamicina	V

"	Cuba	RNT/3200	10/F	Izquierda	<i>S. aureus</i>	38.7°C	18.4	Si	Penicilina + Gentamicina	V
"	Cuba	RNT/3150	10/M	Izquierda	<i>S. aureus</i>	No	7.9	Si	Penicilina + Amikacina	Fa
"	Cuba	RNT/3000	16/F	Izquierda	<i>S. aureus</i>	38.0°C	12.4	Si	Gentamicina	V
"	Cuba	RNT/3550	15/F	Izquierda	<i>S. aureus</i>	38.0°C	16.3	Si	Gentamicina	V
"	Cuba	RNPT/2560	33/F	Izquierda	<i>E. coli</i>	38.3°C	1.8	No	Vancomicina + Ceftriaxone	V
"	Cuba	RNT/3410	20/F	Izquierda	<i>Serratia marcescens + Klebsiella pneumoniae</i>	39.0°C	10.5	Mixta	Gentamicina	V

MSSA: *S. aureus* meticilina sensible, MRSA: *S. aureus* meticilina resistente, RNT: recién nacido a término, RNPT: recién nacido pre-término, M: masculino, F: femenino, V: vivo, Fa: fallecido

Tabla 2. Casos reportados de sialadenitis submandibular supurada aguda neonatal en la literatura 1950-2015

Referencia/año	País	Edad gestacional/peso (gramos)	Edad cronológica (días)/sexo	Localización	Microorganismo aislado en secreción	Fiebre	Conteo global de leucocitos sanguíneos (x 10 ⁹ /L)	Lactancia materna	Tratamiento	Evolución
Shulman/1950 ⁽²⁰⁾	EEUU	¿?/2152	21/M	Derecha	<i>Staphylococcus aureus</i>	100.6°F	24.6	¿?	Penicilina	V
Wells/1975 ⁽⁹³⁾	EEUU	RNPT/1304	14/M	Unilateral	<i>S. aureus</i>	37.8°C	13.5	No	Meticilina Incisión y drenaje	V
"	EEUU	RNPT/1871	6/¿?	Derecha	<i>S. aureus</i>	37.8°C	18.5	No	Meticilina	V
"	EEUU	RNPT/1361	6/F	Unilateral	<i>Staphylococcus aureus</i>	¿?	¿?	¿?	Meticilina	V
Banks/1980 ⁽⁹⁴⁾	EEUU	RNPT/2650	21/F	Derecha	<i>S. aureus</i>	38.1°C	18.0	No	Oxacilina Compresas tibias externas focales Punción y aspiración	V
Ungkanont/1998 ⁽⁹⁵⁾	EEUU	RNPT/2290	8/M	Derecha	<i>Pseudomona aeruginosa</i>	38.5°C	14.3	No	Oxacilina + Gentamicina; Ceftacidime	V
Lindgren/1998 ⁽¹⁸⁾	Suecia	RNPT/1555	43/F	Derecha	No se tomó muestra	38.3°C	19.5	Si	Cefuroxime o Cloxacilina	V
Bafaqeeh/1998 ⁽²⁶⁾	Arabia Saudita	RNT/3500	5/M	Derecha	<i>S. aureus</i>	38.9°C	33.5	No	Cefuroxime + Amoxicilina/Clavulánico Incisión y drenaje	V
Subhani/1999 ⁽²⁷⁾	EEUU	RNPT/969	59/F	Bilateral	<i>S. aureus</i>	No	50.0	¿?	Clindamicina + Vancomicina + Ceftriaxone	V
Bova/2000 ⁽⁹⁶⁾	Australia	RNT/3600	7/F	Derecha	<i>S. aureus</i>	No	20.0	¿?	Clindamicina + Flucloxacilina Incisión y drenaje	V

Takahashi/2000 ⁽⁹⁷⁾	Japón	RNPT/1815	7/M	Bilateral	<i>S. aureus</i> (MRSA)	38.0°C	14.5	No	Vancomicina	V
"	Japón	RNPT/1560	12/M	Izquierda	<i>S. aureus</i> (MRSA)	No	27.0	No	Vancomicina	V
Salaria/2001 ⁽⁹⁸⁾	India	RNPT/1300	10/M	Derecha	<i>S. aureus</i>	Si	Leucocitosis	Si	Cefotaxime + Gentamicina Incisión y drenaje	V
Walsted/2001 ⁽⁹⁹⁾	Dinamarca	RNPT/¿?	14/M	Bilateral	<i>S. aureus</i>	¿?	¿?	¿?	Netilmicina + Cefuroxima	V
Garavello/2002 ⁽¹⁰⁰⁾	Italia	RNPT/1010	14/F	Derecha	<i>S. aureus</i>	37.8°C	21.0	No	Ceftazidime + Vancomicina	V
De Haan/2003 ⁽³²⁾	Holanda	RNPT/1400	29/M	Izquierda	<i>S. aureus</i>	37.8°C	6.6	No	Ceftazidime + Vancomicina; Flucloxacilina	V
Edwards/2003 ⁽¹⁰¹⁾	EEUU	RNPT/1300	18/M	Izquierda	<i>S. aureus</i>	No	12.4	No	Vancomicina + Gentamicina; Nafcillina Punción y aspiración	V
Singh/2004 ⁽¹⁰²⁾	Canadá	RNPT/1400	40/M	Derecha	<i>S. aureus</i>	No	14.5	No	Vancomicina; Cloxacilina Punción y aspiración	V
Weibel/2005 ⁽²⁸⁾	Suiza	RNT/3700	10/M	Izquierda	<i>S. aureus</i>	37.8°C	20.5	Si	Netilmicina + Amoxicilina/Clavulánico	V
"	Suiza	RNT/4080	13/M	Derecha	<i>Staphylococcus aureus</i>	39.2°C	23.0	Si	Gentamicina + Amoxicilina/Clavulánico Incisión y drenaje	V
Jung/2005 ⁽¹⁰³⁾	Korea	RNT/¿?	Neonato/¿?	Bilateral	¿?	¿?	¿?	¿?	¿¿	¿?
McAdams/2005 ⁽¹⁰⁴⁾	EEUU	26/900	32/F	Izquierda	<i>S. aureus</i> (MRSA)	No	27.6	No	Vancomicina + Amikacina + Clindamicina	V
Brook/2006 ⁽¹⁰⁵⁾	EEUU	¿?/¿?	10/F	Izquierda	<i>Prevotella intermedia</i> + <i>Peptostreptococcus magnus</i> + <i>Streptococcus pyogenes</i>	38.6°C	20.5	¿?	Clindamicina Punción y aspiración	V

"	EEUU	¿?/¿?	16/F	Izquierda	<i>Prevotella melaninogenica</i> + <i>Fusobacterium nucleatum</i>	Si	23.6	¿?	Ticarcilina/Clavulánico Punción y aspiración	V
Tapisiz/2009 ⁽¹⁰⁶⁾	Turkía	RNPT/2700	15/F	Derecha	<i>S. aureus</i>	No	19.0	Si	Ampicilina/Sulbactán + Gentamicina	V
Uckun/2010 ⁽¹⁰⁷⁾	Turkía	RNT/3147	14/M	Izquierda	No se realizó cultivo de secreciones	No	23.0	¿?	Ceftriaxone	V
Davis/2011 ⁽⁸¹⁾	EEUU	RNPT/1985	15/M	Izquierda	No se realizó cultivo de secreciones	¿?	¿?	Mixta	Vancomicina + Amikacina; Clindamicina	V
"	EEUU	RNPT/855	25/F	Derecha	<i>S. aureus</i> (MRSA)	¿?	¿?	¿?	Vancomicina + Gentamicina; Cefotaxime Punción y aspiración	V
"	EEUU	RNPT/1495	14/M	Izquierda	<i>S. aureus</i> (MSSA)	¿?	¿?	No	Cefotaxime; Vancomicina	V
"	EEUU	RNPT/1295	10/F	Bilateral	<i>S. aureus</i> (MRSA)	¿?	¿?	Si	Gentamicina; Vancomicina	V
"	EEUU	RNPT/680	69/M	Derecha	<i>S. aureus</i> (MRSA)	¿?	¿?	No	Vancomicina Punción y aspiración	V
Mukhopadhyay/2012 ⁽¹⁰⁸⁾	India	RNT/¿?	12/M	Izquierda	<i>S. aureus</i> (MRSA)	¿?	¿?	¿?	Ampicilina + Amikacina; Cotrimoxazole	V
Tho/2013 ⁽¹⁰⁹⁾	Australia	RNPT/1445	56/M	Izquierda	<i>S. aureus</i>	¿?	¿?	Si	Flucloxacilina + Gentamicina Punción y aspiración	V
Pathak/2013 ⁽³⁷⁾	India	RNT/¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?	Antibioticoterapia Compresión gentil de la glándula	V
Pereira/2014 ⁽¹¹⁰⁾	Portugal	RNPT/1350	11/M	Derecha	<i>S. aureus</i> (MSSA) + <i>Klebsiella pneumoniae</i>	37.8°C	17.7	No	Vancomicina + Amikacina	V

Hamid/2014 ^{*(89)}	India	RNT/¿?	8/F	Izquierda	<i>S. aureus</i>	Si	18.0	¿?	Amoxicilina/Clavulánico Insición y drenaje	V
Cizmeci/2014 ^{** (111)}	Turkía	RNPT/3200	6/M	Izquierda	No secreción	No	10.7	Si	Amoxicilina Compresas tibias local	V
Ryan/2015 ⁽¹¹⁴⁾	Inglaterra	RNT/¿?	20/M	Izquierda	<i>S. aureus</i>	Si	Leucocitosis	¿?	Cefotaxime + Flucloxacilina	V
Díaz/2015 ⁽²⁾	Cuba	RNT/3875	12/F	Derecha	<i>S. aureus</i> + <i>Klebsiella</i> <i>pneumoniae</i>	38.5°C	15.3	Si	Penicilina + Gentamicina + Vancomicina	V

MSSA: *S. aureus* meticilina sensible, MRSA: *S. aureus* meticilina resistente, RNT: recién nacido a término, RNPT: recién nacido pre-término, M: masculino, F: femenino, V: vivo

* asociada a parotiditis supurada, ** asociada a administración de metildopa prenatal

Bibliografía

1. Díaz Álvarez M, Claver Isás D, Medina González T, Rivera Alés L. Serie de 8 casos de parotiditis supurada aguda neonatal. Rev Cubana Pediatr [Internet] 2015 [citado 20 Septiembre 2015] ; 87(2):254-61. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ped/v87n2/ped13215.pdf>
2. Acosta Batista B, Pérez Córdova FR, Díaz Álvarez M, Sialadenitis submandibular supurativa aguda neonatal. Rev Cubana Pediatr [Internet] 2015 [citado 20 Septiembre 2015]; 87(3):371-81. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ped/v87n3/ped12315.pdf>
3. Francis CL, Larsen CG. Pediatric sialadenitis. Otolaryngol Clin N Amer 2014; 47:763-78.
4. Elterich TO. Purulent parotitis in the newborn. Case report and review of literature. J Pediatr 1933; 3:761-4.
5. Plewka W. Zur Pathogenese der citrigen Parotitis der Neugeborenen. Arch f. Kinderh. 1921; 69:279.
6. Sanford HN, Shmigelsky I. Purulent parotitis in the newborn. J Pediatr 1945; 26:149-54.
7. Robinson JR. Surgical parotitis, a vanishing disease. Surgery 1955; 38:703-7.
8. Çoban A, Ince Z, Üçsel R, Özgeneci A, Can G. Neonatal suppurative parotitis: a vanishing disease? Eur J Pediatr 1993; 152:1004-5.
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.
10. Leake D, Leake R. Neonatal suppurative parotitis. Pediatrics 1970; 46(2):203-7.
11. Myer C, Cotton RT. Salivary gland disease in children: A review. Clin Pediatr 1986; 23(6):314-22.
12. David RB, O'Connell EJ. Suppurative parotitis in children. Amer J Dis Child 1970; 119:332-5.
13. 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.
14. 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.
15. 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.
16. Herrera Guerra AA, Osguthorpe RJ. Acute neonatal parotitis caused by *Streptococcus pyogenes*: A case report. Clin Pediatr 2010; 49(5):499-501.

17. Dominick HC. Parotitis purulenta des Neugeborenen [Suppurative parotitis in newborns]. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* 1979; 39(3):253-5.
18. Lindgren C, Balihodzic-Lucovic V. Aseptic sialadenitis in preterm infants associated with long-term oro-gastric tub feeding. *Eur J Pediatr* 1998; 157:1014-6.
19. Baxter RH, Mac Donald MT. Acute suppurative parotitis in the newborn. *New Eng J Med* 1937; 217:351-3.
20. Shulman BH. Acute suppurative infections of the salivary glands in the newborn. *Am J Dis Child* 1950; 80:413-6.
21. Salaria M, Poddar B, Parmar V. Neonatal parotitis. *Indian J Pediatr* 2001; 68(3):283.
22. Singh K. Bilateral parotid abscess in a neonate (letter). *Indian Pediatr* 2006; 43:1007.
23. Wood P, Thorpe M, Kumar Y. Acute parotitis in the neonate: possible late onset group B Streptococcus? (poster presentation). *Intensive Care Med* 2011; 37(Suppl. 2):S374.
24. 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.
25. Ross S, Guinn GH, Jackson C. Bilateral parotid gland abscess in a newborn infant. *Clin Proc Child Hosp (Washington)* 1957; 13:172.
26. Bafaqeeh SA. Complicated neonatal submandibular suppurative sialadenitis. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 1998; 44:267-71.
27. Subhani M, Monte DC, Roche P, Parton L. Isolated bilateral submandibular abscesses in a preterm infant: a case report. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 1999; 51:47-50.
28. Weibel L, Goetschel P, Meier R, Radivojevic V, Berger C. Neonatal suppurative submandibular sialadenitis. *Pediatr Infect Dis Child* 2005; 24(4):379-81.
29. 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.
30. Ayala Curiel J, Galán del Río P, Poza del Val C, Aguirre Conde A, Cotero Lavín A. Parotiditis aguda supurativa neonatal. *An Pediatr (Barc)* 2004; 60(3):274-7.
31. London D, Nahlieli O. Sonography of the salivary glands. *Ultrasound Clin* 2014; 9:313-23.
32. de Haan TR, Grooters E, Frijns JHM, Walther FJ. Unilateral submandibular suppurative sialadenitis in a premature infant. *Acta Pædiatr* 2003; 92:1491-3.

33. Mathur NB, Goyal RK, Khalil A. Neonatal suppurative parotitis with facial palsy. *Indian Pediatr* 1988; 25:806-7.
34. Tow A. Neonatal suppurative parotitis (letter). *Pediatrics* 1971; 47(1):155.
35. Managoli S, Chaturvedi P. Suppurative parotitis in a neonate (letter). *Indian Pediatr* 2002; 39:407-8.
36. Neuhauser EBD, Ferris BG Jr. The treatment of acute suppurative parotitis in infants. *J Pediatr* 1945; 27:589-90.
37. Pathak M, Yadav L, Bansal LK. Suppurative submandibular sialadenitis in a term neonate: Is there any alternative to incision and drainage? (Abstract). *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2013; 77 (12):2008.
38. Özdemir H, Karbuz A, Ciftçi E, Fitöz S, Ince E, Doğru U. Acute neonatal suppurative parotitis: a case report and review of the literature. *Int J Infect Dis* 2011; 15:e500-e502.
39. Ávila ML, Rivera C, Odio CM, Faingezicht I. Parotiditis supurativa. *Acta Pediatr Costarricense* 1995; 9(2):81-2.
40. Weemaes G, Vilain J, Michel M, Bauraind O. Quatre cas pédiatriques de parotidite suppurative. *Louvain Med* 2001; 120:375-9.
41. Makhoul J, Lorrot M,b, Teissier N, Delacroix G, Doit C, Bingen E, Faye A. 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.
42. White RHR. Acute suppurative parotitis in the newborn. *BMJ* 1952; 1(4770):1232.
43. Tambato D. Un caso di parotite acuta purulenta in un neonato. *Pediatrics* 1928; 3:761.
44. Rivarola JE, Visillac VO. Parotitis supurada en el recién nacido. *Rev Soc* 1946; 12:30.
45. Reisman HA, Fisher G. Acute suppurative parotitis in newborn premature infants. *Am J Dis Child* 1946; 71:387-93.
46. Campbell WAB. Purulent parotitis in the newborn. Report of a case. *Lancet* 1951; 2:386.
47. Schaible G. Eitrige Parotitis beim neugeborenen. *Gebürtshilfe Frauenheilk* 1948; 8:713.
48. Haritos NP. Suppurative parotitis in the newborn. *Clin Proc Child Hosp Dist Columbia (Washington)* 1961; 17:201-7.
49. Ramamurthy RS, Pildes RS, Gorbach SL. Nursery epidemic caused by a nontypable gray colony variant of *Staphylococcus aureus*. *Pediatrics* 1973; 51(4):608-15.
50. Kaban LB, Mulliken JB, Murray JE. Sialadenitis in childhood. *Am J Surg* 1978; 135:570-6.

51. Yagupsky P, Moses S. Purulent parotitis in the newborn. *Harefuha* 1982; 102(4):154-5.
52. Méndez Espinola BM. Parotiditis supurada neonatal. *Pediatría (Santiago de Chile)* 1984; 27(1/2):14-6.
53. Tam AYC, Yeung CY. The changing pattern of severe neonatal staphylococcal infection: A 10-year study. *Aust Paediatr J* 1988; 24:275-8.
54. Haruta T, Okura K, Yamamoto H, Kuroki S, Yamaoka K, Kobayashi Y. [Clinical evaluation of cefmenoxime in infections of neonates]. *Jpn J Antibiot* 1989; 42(12):2661-71.
55. Kasznia-Kocot J, Cichos B, Sadacieslar M, Buszman Z. Staphylococcal septicemia in a newborn-infant with multiple organ involvement. *Wiad Lek* 1990; 43(7):301-4.
56. Tessin I, Trollfors B, Thiringer K. Incidence and Etiology of Neonatal Septicaemia and Meningitis in Western Sweden 1975-1986. *Acta Pædiatr Scand* 1990; 79:1023-30.
57. Hammond A, Sijbrandij ES. Parotitis purulenta bij een zuigeling. [Purulent parotitis in an infant]. *Tijdschrift Voor Kindergeneeskunde [Tijdschr Kindergeneesk]* 1991; 59(6):216-8.
58. Chiu CH, Lin TY. Clinical and microbiological analysis of six children with acute suppurative parotitis. *Acta Paediatr* 1996; 85:106-8.
59. 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.
60. Sabui T, Tudehope D, Lennon I. Recurrent late onset group B streptococcal infection with parotitis. *J Paediatr Child Health* 1999; 35(2):224-5.
61. Fathalla B, Collins D, Ezhuthachan S. Clinical perinatal/neonatal case presentation. *J Perinatol* 2000; 1:57-9.
62. Brook I. Suppurative parotitis caused by anaerobic bacteria in newborn. *Pediatr Infect Dis J* 2002; 21(1):81-2.
63. Chevalier J, Jadcherla SR. Parotid swelling in a premature neonate. *Am J Perinatol* 2002; 19(8):435-8.
64. Smolkin T, Makhoul IR, Sujov P. Staphylococcal parotitis in a neonate. *IMAJ* 2002; 4:657.
65. Aguiar T, Dias A, Cordeiro Ferreira G, Do Céu Machado M. Parotidite bacteriana neonatal. *Acta Pediatr Port* 2003; 34(1):17-20.
66. Schwab J, Baroody F. Neonatal suppurative parotitis: A case report. *Clin Pediatr* 2003; 42:565-6.

67. León del P. J, Bancalari M. A. Parotiditis bacteriana neonatal. *Pediatr día* 2004; 20(4):42-4.
68. Spiegel R, Miron D, Sakran W, Horovitz Y. Acute neonatal suppurative parotitis: case report and review. *Pediatr Infect Dis Child* 2004; 23(1):76-8.
69. Möckel A, Nißler K, Wilhelm T, Handrick W. Eitrige parotitis bei einem neugeborenen [Neonatal suppurative parotitis]. *Klin Pädiatr* 2005; 217:86-8.
70. Allen W. Neonatal suppurative parotitis. *Monthly Infectious Diseases Report of the Children's Hospital at Westmea, Australia*. 2005; Apr/May(163):1-5.
71. de Graaf M, van der Meer SB. Een pasgeborene met een gezwollen wang. [An infant with a swelling of the cheek]. *Ned Tijdschr Geneesk* 2005; 149(38):2112.
72. Mohyud-Din M, Haider S, Hameed A. Bilateral suppurative parotitis in a newborn. *J Coll Physicians Surg Pak* 2006; 16(4):301-2.
73. Todoroki Y, Tsukahara H, Kawatani M, Ohshima Y, Shukunami K, Kotsuji F, et al. Neonatal suppurative parotitis possibly associated with congenital cytomegalovirus infection and maternal methyldopa administration. *Pediatr Int* 2006; 48(2):185-6.
74. Pou-Pradel E. Parotiditis supurada en dos gemelos recién nacidos. *Acta Pediatr Esp* 2006; 64:84-7.
75. Miranda A, Pereira KD. Neonatal suppurative parotitis. *Ear Nose Throat J* 2010; 89(10):488-9.
76. Cabezón R, Kreft J, Ramírez C, Witker D. Parotiditis aguda en recién nacido. *Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello* 2010; 70:65-70.
77. Khan SU, O'Sullivan PG, McKiernan J. Acute suppurative neonatal parotitis: Case report. *ENT-Ear, Nose & Throat Journal* 2010; 89(2):90-1.
78. Akgun C, Peker E, Akbayram S, Dogan M, Tuncer O, Kirimi E. A 3-day-old boy with a right preauricular swelling. *Eur J Pediatr* 2010; 169:637-8.
79. Dorado Moles MJ, Tagarro García A, Pérez-Seoane Cuenca B, Cañete Díaz A. Parotiditis aguda supurativa neonatal. *Acta Pediatr Esp* 2010; 68(3):149-50.
80. Gilbey P, Bretler S, Even-Tov E, Luder A. Accidental out-of-hospital delivery complicated by acute neonatal parotitis: Case report and a review of the literature. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2011; Extra 6:385-7.
81. Davis TK, Pinheiro JM, Lepow M, Dangman B, Mouzakes J. Submandibular Sialadenitis and Lymphadenitis in Neonates: Epidemiology and Relation of Secular Trends in the Incidence of Staphylococcus Aureus Sepsis. [Internet] *WebmedCentral PAEDIATRICS* 2011 [accedido 4 Mayo 2014];2(4):WMC001873. URL accesible en:

[http://www.webmedcentral.com/article_view/1873&sa=U&ei=ZLMQVMnUDoiwjALZ_4BI&ved=0CBQQFjAA&sig2=p8XrtMZgJ0NSmqtcCIYCMQ&usg=AFQjCNFHDYccvYVk34eut4JltCI6Fo1t1w].

82. Cyriac J, Thomas R. Neonatal suppurative parotitis (poster presentation). *Intensive Care Med* 2011; 37(Suppl. 2):S372.
83. D'Souza JN, Geary G, Mukerji S. Neonatal parotid gland enlargement: Is it suppurative parotitis? A case report. *Am J Case Rep* 2012; 13:41-3.
84. Sekhon P, Williams D, Singh Sara JD, McCulloch NA. Acute bacterial suppurative parotitis of the neonate: A case report and review. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2012; Extra 7:132-3.
85. 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(7):930-3.
86. de Suremain N, Marteau E, Leruste A, Tournier C, Delamar AL, Carbajal R. Parotidite aiguë néonatale suppurative: revue de la littérature à propos d'une observation. *Arch de Pédiatr* 2013; 21(2):223-5.
87. 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.
88. Boulyana M. Acute Neonatal Parotitis with Late-Onset Septic Shock due to *Streptococcus agalactiae*. *Case Reports in Pediatrics* [Internet]. Volume 2014, Article ID 689678 [accedido 25 Agosto 2014]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1155/2014/689678>.
89. Hamid R, Shera HA, Khurshid S, Baba AA, Akhter A. Suppurative parotitis and submandibular sialadenitis. *J Clin Neonatol* 2014; 3(1):39-40.
90. Moradi M. Neonatal suppurative parotitis: A case report (letter). *Iran J Pediatr* 2014; 24():451-6.
91. Banerjee M, Ghosh TN, De S. Incessant cry - rare presentation of neonatal parotitis (letter). *J Pak Med Assoc* 2014; 64(8):974-5.
92. Aletayeb SMH, Sepehran A, Javaherizadeh H. Suppurative parotitis in a girl: A case report from Ahvaz, Iran. *Jundishapur J Microbiol* 2014; 7(9):1-3.
93. Wells DH. Suppuration of the submandibular salivary gland in the neonate. *Amer J Dis Child* 1975; 129:628-30.
94. Banks WW, Handler SD, Glade GB, Turner HD. Neonatal submandibular sialadenitis. *Am J Otolaryngol* 1980; 1(3):261-3.

95. Ungkanont K, Kolatat T, Tantinikorn W. Neonatal suppurative submandibular sialadenitis: a rare clinical entity. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 1998; 43:141-5.
96. Bova R, Walker P. Neonatal submandibular sialadenitis progressing to submandibular abscess. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2000; 53(9):73-5.
97. Takahashi R, Chikaoka S, Ito T, Yamada M, Matsutani S, Nakae S. Neonatal submandibular suppurative sialadenitis. *Eur J Pediatr* 2000; 159(11):868.
98. Salaria M, Poddar B, Chawla K, Singh D. Suppurative submandibular sialadenitis in a neonate. *Indian Pediatr* 2001; 38:87-9.
99. Walsted AM. Neonatal submandibular sialadenitis. *Ugeskr Laeger* 2001; 163(34):4591-2.
100. Garavello W, Romagnoli M, Somigliana E, Zorloni C, Sordo L, Gaini RM. The intriguing association between prematurity and neonatal isolated submandibular suppurative sialadenitis. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2002; 62:41-4.
101. Edwards MS. Submandibular mass in a premature infant. *Sem Pediatr Infect Dis* 2003; 14(2):182-3.
102. Singh SA, Singhal N. Suppurative submandibular sialadenitis in a preterm infant. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2004; 68:593-5.
103. Jung YJ, Jung CH, Youn KH, Park YS, Ryu MH, Lee DJ. A case of neonatal suppurative submandibular sialadenitis: complicated with multiple deep neck abscess. *J Korean Soc Neonatol* 2005; 12(1):100-4.
104. McAdams RM, Mair EA, Rajnik M. Neonatal suppurative submandibular sialadenitis: case report and literature review. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2005; 69:993-7.
105. Brook I. Suppurative sialadenitis associated with anaerobic bacteria in newborns (letter). *Pediatr Infect Dis J* 2006; 25(3):1.
106. Tapisiz A, Belet N, Çiftçi E, Fitöz S, İnce E, Doğru Ü. Neonatal suppurative submandibular sialadenitis. *Turk J Pediatr* 2009; 51:180-2.
107. Uckun Kitapci A, Calikoglu AS. Neonatal hyperthyroidism associated with isolated submandibular sialadenitis: is it just a coincidence? *J Clin Res Pediatr Endocrinol* 2010; 2(1):43-5.
108. Mukhopadhyay C, Vandana K E, Munim F, Lewis L E. Suppurative sialadenitis in a neonate by methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*: Do we need search and kill superbug strategy? (Letter). *Indian J Med Microbiol* 2012; 30:113.

109. Tho L, Rao S, Shipman P, Vijayasekaran S, Strunk T. Suppurative submandibular mass in a preterm infant (letter). *Pediatr Infect Dis J* 2013; 32(5):578-9.
110. Pereira E, Lapa P, Basto L, Afonso E. Isolated suppurative submandibular sialadenitis in a preterm neonate. [Internet] *BMJ Case Report* 2014 [accedido 25 Sep 2014] doi:10.1136/bcr-2013-202783. Disponible en: <http://casereports.bmj.com/content/2014/bcr-2013-202783.full.pdf>.
111. Cizmeci MN, Kanburoglu MK, Akelma AZ, Malli DD, Akin K, Tatli MM. Neonatal inflammatory submandibular sialadenitis associated with prenatal methyldopa exposure. *J Pediatr Pharmacol Ther* 2014; 19(2): 132-4.
112. Dias Costa F, Ramos Andrade D, Cunha FI, Fernandes A. Group B streptococcal neonatal parotitis. *BMJ Case Report* [Internet] 2015 [accedido 21 Septiembre 2015]; Disponible en: <http://casereports.bmj.com/content/2015/bcr-2014-209115.full.pdf>.
113. Deepak K, Garima G, Jhamb U. Bilateral acute neonatal suppurative parotitis: A rare finding in neonatal age. *J Neonat Perinat Med* 2015; 8:63-5.
114. Ryan RF, Padmakumar B. *BMJ Case Rep* [Internet] 2015 [accedido 30 Septiembre 2015]. URL disponible en: <http://casereports.bmj.com/content/2015/bcr-2014-208535.abstract>.