



OMA POR *Streptococcus*.....

Dra. Josefa Ares Alvarez

Pediatra CS Virxe Peregrina

Grupo de Trabajo de Patología Infecciosa AEPap

Noviembre 2022

Niño de 3 años, sano, bien vacunado.

- Consulta por otalgia nocturna desde hace dos noches.
- Febrícula, rinorrea abundante y congestión nasal.
- AF: padre FAA (faringoamigdalitis aguda) por *S. pyogenes* hace 10 días (FAAE)
- BEG, rinorrea espesa, hiponasalidad.
- Otoscopia: Membrana timpánica derecha abombada, hiperémica, movilidad disminuida

Pruebas complementarias:

- **Test de streptococo en fosas nasales: positivo**
- Exudado nasofaríngeo (realizado para un proyecto de investigación en OMA): Pendiente



¿PORTADOR?

¿INFECCIÓN?

¿CUANDO SOLICITAR UN STREPTOTEST?

- En pacientes con FAA y signos sugestivos de infección vírica no se deben realizar estudios microbiológicos.
- El diagnóstico de FAAE se debe sustentar en pruebas microbiológicas (TDR, cultivo faringoamigdalor o pruebas moleculares) en pacientes seleccionados:
 - mayores de 3 años que reúnan criterios de infección estreptocócica probable.
 - menores de 3 años con clínica compatible y antecedente de contacto estrecho con paciente con FAAE confirmada.



<https://www.guia-abe.es/anexos-tecnicas-de-deteccion-rapida-del-antigeno-estreptococico>

Etiología de las OMA en niños

[Documento de consenso sobre etiología, diagnóstico y tratamiento de la otitis media aguda. An Pediatr \(Barc\). 2012;77\(5\):345.e1-345.e8](#)

- *Streptococcus pneumoniae* (*S. pneumoniae*) 35%
- *Haemophilus influenzae* (*H. influenzae*) no tipificable 25%
- *Streptococcus pyogenes* 3-5%
- *Staphylococcus aureus* 1-3%
- *Moraxella catarrhalis* (*M. catarrhalis*) 1%

Etiología bacteriana de la OMA en España. *Anales de Pediatría*.
2016 85,(5),2016:224-231,
<https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2015.10.016>.

	Cultivo (n=77)	PCR (n=42)	Cultivo + PCR combinados (n=117)
	N (%)	N (%)	N (%)
Positivo para al menos una bacteria patogénica	63 (82)	29 (69)	81 (69)
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	24 (31)	23 (55)	46 (39)
<i>Haemophilus influenzae</i>	32 (42)	20 (48)	52 (44)
<i>Streptococcus pyogenes</i>	10 (13)	–	–
<i>Moraxella catarrhalis</i>	1 (1)	–	–
Coinfección de <i>Streptococcus pneumoniae</i> y <i>Haemophil us influenzae</i>	3 (4)	14 (33)	17 (15)

¿Streptococosis?

Síntomas más indolentes:

- rinitis seromucosa persistente
- fiebre moderada
- inapetencia
- adenopatías
- inflamación faringoamigdalar
- asociando en ocasiones:
 - lesiones impetiginiformes en narinas
 - **otitis media.**
- **difícil de distinguir clínicamente de la infección viral que frecuentemente presentan niños pequeños**

¿Qué tratamiento prescribimos en este paciente?

1. La evolución es corta, analgesia 24-48 horas y alertas para nueva consulta.
2. Prescribir tratamiento antibiótico diferido si persiste clínica.
3. Tratamiento antibiótico inmediato.

¿Qué antibiótico?

1. Amoxicilina 80 mg/kg/día.
2. Amoxicilina 40 mg/kg/día
3. Penicilina 250 mg/12 horas
4. Amoxicilina clavulánico 80 mg/kg/día

¿Qué tratamiento prescribimos en este paciente?

1. La evolución es corta, analgesia 24-48 horas y alertas para nueva consulta.
2. Prescribir tratamiento antibiótico diferido si persiste clínica.
3. **Tratamiento antibiótico inmediato**

¿Qué antibiótico?

1. Amoxicilina 80 mg/kg/día.
2. **Amoxicilina 40-50 mg/kg/día**
3. **Penicilina 250 mg/12 horas**
4. Amoxicilina clavulánico 80 mg/kg/día

- Otolgia desde hace dos días
- Diagnóstico de STREPTOCOCOSIS
- *S. pyogenes* sensible a penicilina y amoxicilina (no resistencias).

Evolución:

- 72 horas del inicio del tratamiento: Resultado de exudado nasofaríngeo:

Cultivo aerobios	Mostra:
Resultado:	
Illase:	Streptococcus pyogenes (Grupo A) (1)
Antibióticos	(1)
PENICILINA	Sensible
ERITROMICINA	Sensible

- Asintomático.
- 7º día: MT con reflejo luminoso y coloración normal.

Conclusiones

- La mayoría de las OMA en niños son producidas por, *S pneumoniae*, *H. influenzae* no tipificable y *M. catarrhalis*.
- En muchos pacientes puede valorarse el tratamiento diferido.
- La curación espontánea sobre todo con los dos últimos microorganismos es frecuente.
- La edad, clínica y ambiente epidemiológico pueden orientar el diagnóstico etiológico y la elección de antibiótico.
- Siempre tener en cuenta que puede existir solapamiento entre las distintas causas.

<http://gpiaepap.wordpress.com>

Sección dedicada al uso racional de antibióticos.

Usa su buscador

Suscríbete al blog

También sabemos piar:

¡Síguenos!



Dirección de correo electrónico

SEGUIR