



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.

RESULTADOS DE BÚSQUEDA POR: ANTIBIOTICOS

Usa su buscador

Utilización de antibióticos en la población menor de 14 años

PEDIATRÍA ATENCIÓN PRIMARIA

REVISTA PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA
PUBLICACIÓN OFICIAL DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Objetivo: obtener un mapa de prescripción

Reacciones Cutáneas por Antibióticos

guía ABE

Puntos clave: La mayoría de las manifestaciones cutáneas que ocurren en niños coincidiendo con la toma de algún medicamento son interpretadas como una alergia, pero debemos saber que lo más

Revista de Pediatría de Atención Primaria – Encuesta sobre el manejo diagnóstico y el uso racional de los antibióticos en patología respiratoria pediátrica en Atención Primaria

REVISTA PEDIATRÍA ATENCIÓN PRIMARIA

Suscríbete al blog

También sabemos piar:

¡Síguenos!



Dirección de correo electrónico

SEGUIR