

A propósito de la secreción ótica espontánea para establecer la etiología de la otitis media aguda

Sr. Editor: Hemos leído con mucho interés el artículo de Gené et al¹ que hace referencia a la etiología de la otitis media aguda (OMA) infantil. Este estudio, realizado en España, nos ha parecido de gran importancia para determinar las bacterias más frecuentes en nuestro medio que son agentes de este proceso infeccioso infantil.

El motivo de esta carta está relacionado con varios aspectos del artículo que a nuestro entender no están suficientemente aclarados. En el apartado de material y métodos se explica cómo se realiza la timpanocentesis, pero no se aportan otros datos de cómo se recoge la secreción ótica del paciente, especialmente lo relacionado con el tiempo desde la recogida y la siembra y el uso o no de medio de transporte, datos muy importantes para conocer el grado de viabilidad de las posibles bacterias patógenas presentes en el exudado. Tampoco se hace referencia a la situación clínica de los pacientes de ambos grupos (timpanocentesis frente a secreción ótica espontánea): no se explica qué porcentaje de pacientes de cada grupo presentaban OMA no tratada previamente, cuántos habían recibido antibióticos en los 30 días previos ni cuántos presentaban OMA recurrente. Estos datos clínicos, unidos a los procedimientos aplicados a la recogida, transporte y mantenimiento de la muestra de secreción ótica, podrían explicar en parte la diferencia tan notable del porcentaje de aislamientos de bacterias patógenas en el grupo de pacientes con timpanocentesis (56,7%) frente al grupo de pacientes con secreción ótica (24,5%). Pichichero y Pichichero² describen que en el 49% de pacientes con OMA previamente tratada no se aislaban bacterias patógenas en el aspirado de oído medio mientras que este porcentaje disminuía al 30% en OMA no tratada previamente; datos semejantes han sido los aportados por Del Castillo et al³ en Madrid.

En el apartado de resultados se explica que no se valora como patógeno de otitis media aguda a *Staphylococcus aureus* tanto en el caso de la timpanocentesis como en la secreción ótica, a pesar de que prácticamente todas las series lo incluyen como tal, especificando que se valora si existen leucocitos polimorfonucleares en el exudado y se aísla en cultivo puro². Tampoco se incluye como patógeno de otitis media a *Streptococcus pyogenes* aislado de la secreción ótica "ya que ninguna de las cepas aisladas en este estudio se obtuvo mediante timpano-

centesis, aunque al estar directamente relacionado con infecciones agudas de vías respiratorias altas no puede descartarse que en algunas ocasiones participe en la patogenia de la OMA"¹. No creemos que este argumento sea valorable para excluir a uno de los patógenos infecciosos potencialmente más peligrosos, colonizador de la nasofaringe, causante de OMA necrosante⁴ y mastoiditis, una de las complicaciones más frecuentes de la OMA que se produce en el 0,2% de los pacientes⁵ y donde *S. pneumoniae* y *S. pyogenes* son las bacterias que se aíslan con más frecuencia^{6,7}. El desarrollo de la OMA es inducida por disfunción de la trompa de Eustaquio, generalmente causada por una infección viral previa, o por faringitis por *S. pyogenes*⁸, que conduce a invasión y proliferación del oído medio por bacterias patógenas que colonizan la nasofaringe infantil⁹.

En nuestra experiencia, después de más de 15 años evaluando secreciones óticas de pacientes pediátricos de atención primaria, el aislamiento de *S. pyogenes* de la secreción ótica espontánea de OMA perforadas se realiza mayoritariamente en cultivo puro, coexiste con un intenso componente inflamatorio con leucocitos polimorfonucleares y con frecuencia se visualizan cadenas de cocos grampositivos. El criterio que hemos seguido para la evaluación bacteriológica de la secreción ótica de pacientes con OMA perforada espontáneamente ha sido valorar como patógenos a *S. pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis* y *Streptococcus pyogenes*. En el caso de *S. aureus*, sólo se informa como patógeno cuando coexiste con secreción ótica purulenta con leucocitos polimorfonucleares.

Es cierto que la timpanocentesis diagnóstica es el estándar oro para el diagnóstico de OMA, pero no es menos cierto que es un método que por algunos padres puede considerarse agresivo y cruento, que no utilizan rutinariamente nuestros pediatras y que sólo se aconseja como técnica diagnóstica en ocasiones muy concretas⁵.

La valoración de la secreción ótica espontánea en manos de un microbiólogo puede dar información suficiente para tomar actitudes terapéuticas, y sirve fundamentalmente para conocer la sensibilidad antibiótica de las bacterias patógenas implicadas en la OMA de pacientes en una determinada área sanitaria y así, sobre la base de estos datos, poder establecer recomendaciones terapéuticas.

Disentimos de la aseveración realizada por Gené et al¹ de que el rendimiento en el diagnóstico microbiológico de las muestras obtenidas mediante

frotis de secreción espontánea es muy bajo (24,5%), ya que esta afirmación lleva implícito que recoger y procesar esta muestra no es de ninguna utilidad.

Beatriz Orden, Rocío Martínez
y Rosario Millán

Microbiología y Parasitología Sanitaria
(C. E. Argüelles). Hospital Universitario
Puerta de Hierro. Madrid. España.

Bibliografía

1. Gené A, García-García JJ, Domingo A, Wienberg P, Palacín E. Etiología de la otitis media aguda en un hospital pediátrico y sensibilidad a los antibióticos de los microorganismos implicados. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2004; 22:377-80.
2. Pichichero ME, Pichichero CL. Persistent acute otitis media: I. Causative pathogens. *Pediatr Infect Dis J* 1995;14:178-83.
3. Del Castillo F, Baquero-Artigao F, García-Peña A. Influence of recent antibiotic therapy on antimicrobial resistance of *Streptococcus pneumoniae* in children with acute otitis media in Spain. *Pediatr Infect Dis J* 1998;17:94-7.
4. Pingarn AT, Isaacs RS, Levenson MJ. Complications of acute streptococcal otitis media: a resurgence. *Otolaryngol Head Necks Urg* 1994; 111:644-6.
5. Del Castillo Martín F. Otitis media aguda: criterios diagnósticos y aproximación terapéutica. *Ann Esp Pediatr* 2002;56(Supl 1):40-7.
6. Luntz M, Brodsky A, Nusem S, Kronenberg J, Keren G, Migirov L, et al. Acute mastoiditis: the antibiotic era: a multicenter study. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2001;57:1-9.
7. Spratley J, Silveira H, Alvarez I, País-Clemente M. Acute mastoiditis in children: review of the current status. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2000;56:33-40.
8. Combs JT. Eustachian tube dysfunction in children with streptococcal pharyngitis. *Pediatr Infect Dis J* 1990;9:5901-2.
9. Saez-Llorens X. Pathogenesis of acute otitis media. *Pediatr Infect Dis J* 1994;13:1035-8.