

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

**Sr. Editor:** Con relación a la carta de comentarios<sup>1</sup> a nuestro artículo<sup>2</sup> sobre otitis media aguda publicado en la Revista que usted dirige, deseamos realizar algunas puntualizaciones.

Las secreciones óticas espontáneas se recogieron mediante escobillón estéril, introducidas en medio de transporte (Amies) e inmediatamente enviadas al laboratorio donde en un plazo de entre 1 y 3 h se realizó la tinción de Gram y el cultivo.

Los datos clínicos de los pacientes no se incluyeron debido a que al revisar las historias clínicas de los pacientes constatamos la falta de homogeneidad de la información disponible,

principalmente en los antecedentes infecciosos y los tratamientos antibióticos previos. Por tanto, ante el riesgo de aportar conclusiones poco documentadas, preferimos limitar el ámbito del estudio a los aspectos microbiológicos, utilizando como criterio de inclusión el diagnóstico clínico de otitis media aguda realizado por el otorrinolaringólogo o el pediatra.

La decisión de no incluir *Streptococcus pyogenes* entre los microorganismos considerados patógenos primarios, en las muestras obtenidas de secreciones óticas espontáneas, no significa que no pueda actuar como tal, simplemente que en estos casos no se disponía de la información suficiente para decantarnos en este sentido. En nuestro laboratorio nunca hemos aislado este microorganismo en una muestra obtenida mediante timpanocentesis, lo cual aumentaba nuestras dudas en este sentido. Por tanto, preferimos citar los aislamientos realizados y no definirnos sobre su implicación clínica. Además, que otros autores los consideren de forma sistemática como patógenos primarios no nos parece una referencia concluyente.

Seleccionar los casos en que *Staphylococcus aureus* pudiera ser clínicamen-

te valorable hubiera requerido disponer de datos clínicos que como anteriormente se ha dicho no estaban al alcance de este estudio, ya que creemos que en la mayoría de casos se trata de colonizaciones y/o sobreinfecciones, pero raramente de patógenos primarios.

Del contenido de la discusión de los resultados en ningún caso puede deducirse, ni implícita ni explícitamente, que los autores consideren que recoger y procesar muestras de secreción espontánea no sea de ninguna utilidad. Tal afirmación estaría en contradicción con la práctica clínica habitual de nuestro hospital. Además, en la mayoría de casos se trata de la única muestra disponible para intentar el diagnóstico microbiológico, como hemos señalado en nuestro artículo. Simplemente creemos que en el momento de realizar análisis epidemiológicos son mucho más fiables los datos procedentes de muestras obtenidas por timpanocentesis.

Para finalizar, señalar que el propósito inicial de este estudio fue simplemente aportar la información de que se disponía y ofrecer nuestra opinión en referencia a la OMA, considerando que podía tener un cierto interés debido a la escasez de estudios disponibles realizados en nuestro país. Esta inten-

ción no excluye que los datos suministrados puedan ser reinterpretados por otros autores en función de sus propios criterios. Creemos que el principal valor de este estudio es ofrecer unos resultados obtenidos en condiciones equiparables a las de la práctica rutinaria habitual y así conocer las expectativas de diagnóstico microbiológico con este tipo de muestras. En ningún caso pretendíamos llegar a conclusiones definitivas que no están al alcance de un estudio retrospectivo de las características del actual.

*Amadeu Gené*

Servicio de Microbiología. Hospital Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat. Barcelona. España.

## Bibliografía

1. Orden B, Martínez R, Millán R. A propósito de la secreción ótica espontánea para establecer la etiología de la otitis media aguda. *Enferm Infect Microbiol Clin* 2005;23:45.
2. 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 Infect Microbiol Clin* 2004; 22:377-80.