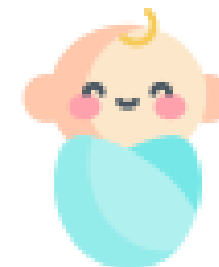




# Supuración de oído en un recién nacido



Alberto Muñoz Ramos

Pediatra en CS V Centenario (SS de los Reyes)

Miembro del Grupo de Patología Infecciosa de la AEPap



# CASO CLÍNICO



- Neonata de 26 días de vida. Nacida a las 39+4 semanas por cesárea ventosa. Apgar 9/10. Serologías maternas y SGB negativos.
- Vista 3 días antes por secreción conjuntival unilateral, interpretada como posible obstrucción del lacrimal.
- Acude de nuevo al Centro de Salud por irritabilidad y empeoramiento de la secreción conjuntival, que se ha hecho bilateral.





# CASO CLÍNICO



- Ha estado afebril. Ingiere lactancia materna pero rechaza algunas tomas.
- Su madre está siendo tratada por faringoamigdalitis aguda bacteriana con test de estreptococo positivo desde hace 48 horas.
- Exploración física: Buen estado general, llanto consolable. bien hidratada. ACP normal. Abdomen normal. FANT. Secreción conjuntival amarillenta y profusa bilateral. Otoscopia derecha con ocupación de CAE por líquido amarillento, tímpano no visualizable, contralateral delustrado. No datos de mastoiditis.



## CASO CLÍNICO: MANEJO IN



Dadas las dificultades existentes derivadas de la edad podemos determinar que...

***¿TIENE LA PACIENTE CLÍNICA DE OTITIS MEDIA AGUDA?***

...Y si se sospecha otitis media aguda en este caso...

***¿ES POSIBLE REALIZAR EL TRATAMIENTO AMBULATORIO?***



# CASO CLÍNICO



Tras consultar protocolo de actuación...



## CRITERIOS DE INGRESO HOSPITALARIOS

- Menores de 2 meses.
- Inmunocomprometidos.
- Sospecha de complicaciones no intracraneales por continuidad: mastoiditis, petrositis, laberintitis.
- Sospecha de complicaciones intracraneales, meningitis, absceso, trombosis de seno lateral, cavernoso.



Se deriva a Urgencias hospitalarias.



# CASO CLÍNICO



- Se reevalúa en Urgencias, constatando febrícula de 37.4°C. Por lo demás la exploración es la misma que en Centro de Salud.
- Se solicita valoración por Otorrinolaringología de forma urgente, quienes confirman otitis media aguda tras lavado del CAE. No presenta datos de mastoiditis ni otras complicaciones.
- Dada la edad se ingresa para antibioterapia intravenosa. Se recogen cultivos de secreción ótica y conjuntival.

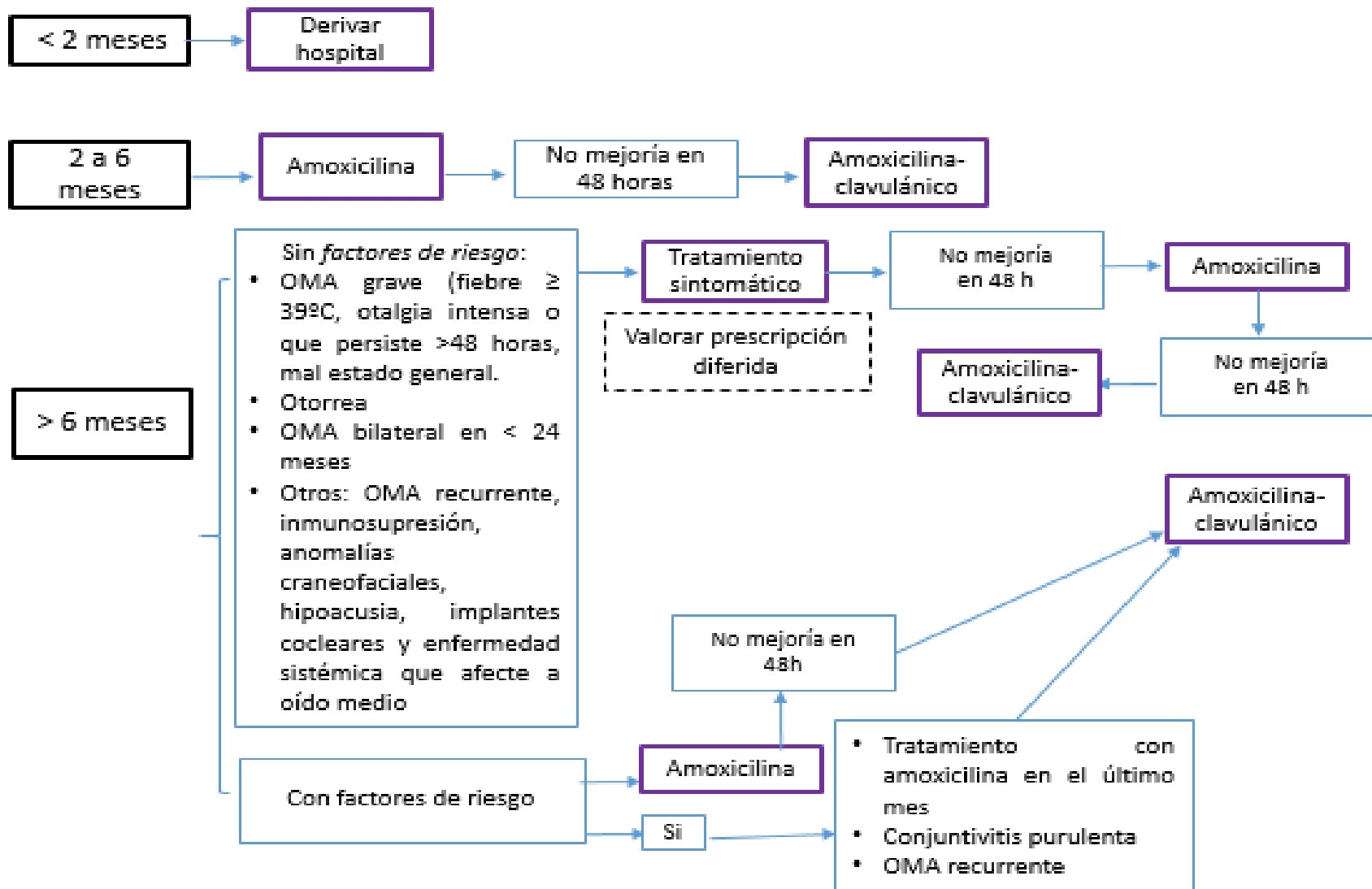


# OTITIS MEDIA AGUDA: DIAGNÓSTICO

El diagnóstico seguro se basa en la clínica compatible + presencia de líquido en OM y al menos uno de 3 (excepto si existe otorrea)

| Criterios                                                                       | Síntomas y signos asociados                                                                                                                                                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Inicio brusco y reciente del episodio con otalgia como síntoma prominente    | <ul style="list-style-type: none"> <li>En etapa preverbal: <ul style="list-style-type: none"> <li>llevarse la mano al pabellón</li> <li>irritabilidad</li> <li>insomnio</li> <li>rechazo ingesta</li> </ul> </li> </ul>                          |
| 2. Presencia de líquido en el oído medio + al menos 1 de los síntomas asociados | <ul style="list-style-type: none"> <li>Abombamiento timpánico moderado o intenso</li> <li>Otorrea</li> <li>Abombamiento timpánico leve y comienzo de otalgia en las 24 horas previas. Abombamiento timpánico leve y eritema timpánico</li> </ul> |
| 3. Inflamación de la membrana timpánica (MT)                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>Eritema intenso (el eritema de la MT no se considera por si solo un hallazgo diagnóstico de OMA)</li> <li>Coloración amarillenta</li> </ul>                                                               |

# OTITIS MEDIA AGUDA: MANEJO INICIAL

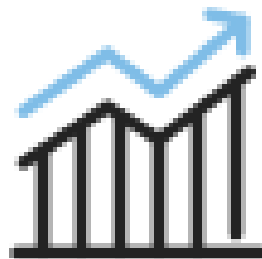


Esquema  
basado en

guía **ABE**

# CASO CLÍNICO

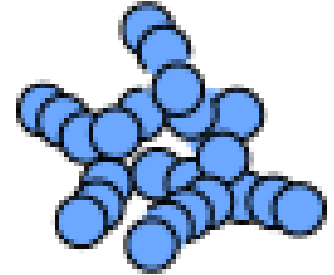
- Al ingreso se inicia cefotaxima intravenosa + ciprofloxacino ótico + tobramicina oftálmica.
- Analítica al ingreso con fórmula leucocitaria normal, Proteína-C-Reactiva 0,5 mg/l. Test de gripe y VRS negativos.
- La evolución clínica es favorable, con desaparición de la supuración.



# CASO CLÍNICO

- A las 72 horas del ingreso se informa de aislamiento en el líquido de secreción ótica:

*Streptococcus pyogenes* (sensible a ampicilina).



- El mismo microorganismo se aísla también en exudado conjuntival. El hemocultivo permanece sin crecimientos.
- Se cambia cefotaxima por ampicilina intravenosa.

# OTITIS MEDIA AGUDA: ETIOLOGÍA

*Virus (2-10 %)*

*Resto bacterianas:*

- *Haemophilus influenzae no tipable (44 %)*
- *Streptococcus pneumoniae (31 %)*
- *Moraxella catarrhalis*
- ***Streptococcus pyogenes (13 %)***
- *Otros: Staphylococcus aureus, enterobacterias...*

La introducción de la vacuna neumocócica conjugada ha incidido en la etiología de la OMA, con un aumento porcentual de *Haemophilus influenzae* no tipables (1ª causa según varios estudios), *Moraxella catarrhalis* y cepas de neumococo no vacunales.



# STREPTOCOCCUS PYOGENES COMO CAUSA DE OTITIS MEDIA AGUDA



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

Publicado en Internet: 16-05-2024

Vol. 26 - Num. 33

## Comunicaciones. Enfermedades infecciosas

### Características clínicas diferenciales de las otitis medias agudas producidas por *Streptococo pyogenes*

Josep Vicent Balaguer Martínez<sup>a</sup>, Lucía Fernández Delgado<sup>b</sup>, Concepción Báñez Martín<sup>c</sup>, Catalina Medina Gómez<sup>b</sup>, Jessica Noelia Esquivel Ojeda<sup>a</sup>, Montserrat Delgado Maireles<sup>d</sup>

- N = 99 pacientes con una media de edad de 4,3 años (DE = 3,1), 49,5% niñas. Habían recibido la vacuna antineumocócica 13-valente 93 pacientes y la 7-valente, 3 pacientes. 3 no vacunados.
- No se demostró ninguna característica clínica diferencial ni tampoco en los factores de riesgo en comparación con el resto de las etiologías. Se postula el posible papel del test de detección rápida para estreptococo del grupo A.



# STREPTOCOCCUS PYOGENES COMO CAUSA DE OTITIS MEDIA AGUDA



© Borgis

New Med 2022; 26(4): 84-88

DOI: <https://doi.org/10.25121/NewMed.2022.26.4.84>

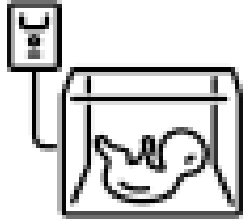
MAŁGORZATA BADEŁEK-IZDEBSKA, \*LIDIA ZAWADZKA-GŁOS

**Increase in middle ear infections of *Streptococcus pyogenes* etiology among patients of the Department of Pediatric Otolaryngology of the Medical University of Warsaw in correlation with world reports**

- Pacientes hospitalizados con otitis o mastoiditis por *Streptococcus pyogenes* vs otras causas. Edad media 4.3 años.
- La otitis causadas por *Streptococcus pyogenes* asociaron una mayor agresividad local, mayor tasa de perforación timpánica espontánea y mastoiditis con afectación ósea. Un paciente presentó sepsis por *Streptococcus pyogenes*.



# OTITIS MEDIA NEONATAL: FACTORES DE RIESGO



La prematuridad, la convivencia con hermanos menores de 5 años, la lactancia artificial, el tabaquismo pasivo, uso de chupete y antecedente familiar de otitis media asocian un mayor riesgo de presentar otitis media aguda.



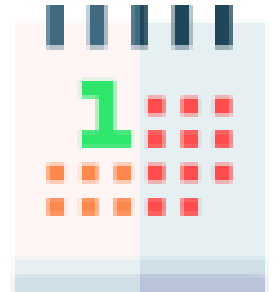


# OTITIS MEDIA NEONATAL: FACTORES DE RIESGO



El padecimiento de otitis media aguda en el período neonatal se ha asociado con una mayor tasa de otitis recurrente en los primeros años de vida, independientemente de otros factores (hermanos en casa, exposición a tabaquismo, asistencia a guardería, uso de chupete o lactancia materna)

*[Megged O et al. Clin Pediatr (Phila). 2018 Jan;57(1):89-92].*

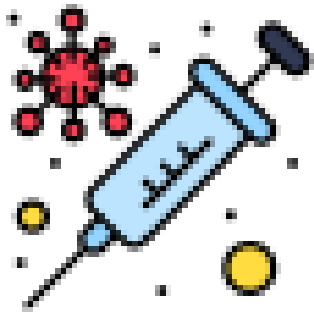




# OTITIS MEDIA NEONATAL: FACTORES DE RIESGO



Existen datos que evidencian una reducción en la frecuencia de otitis media aguda en menores de 2 meses con la introducción de la vacuna frente a neumococo (en concreto la conjugada 13-Valente) al comparar el período prevacunal con el post-vacunal



Sapir A et al. Int J Pediatr Otorhinolaryngol.  
2023 May;168:111544.



# OTITIS MEDIA NEONATAL: FACTORES DE RIESGO



Tampoco se debe olvidar la relación de las otitis medias agudas con las inmunodeficiencias, sobre todo con las de tipo humoral. No obstante, dicho subtipo de inmunodeficiencias suelen causar infecciones a partir de los 6-9 meses de vida cuando los anticuerpos maternos empiezan a desaparecer, siendo un signo de alarma la frecuencia de otitis media (más de 4-6 al año) por lo que no sería aplicable per se a las otitis en el primer mes de vida.



# OTITIS MEDIA NEONATAL DIFICULTADES DIAGNÓSTICAS



La falta de validez del eritema timpánico aislado como predictor de otitis media aguda.

La dificultad en ciertas ocasiones de distinguir una otorrea verdadera de otras secreciones (por ejemplo, cutáneas)

La extrema estrechez del conducto auditivo en estos pacientes y elementos que lo obstruyan como cerumen o pelo, la disposición de la membrana timpánica.

Sommerfleck et al. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2013 Jun;77(6):976-80.

# OTITIS MEDIA NEONATAL: ETIOLOGÍA

- Los patógenos implicados en la otitis media neonatal son los mismos que en edades posteriores (neumococo, haemophilus, moraxella) sin una mayor implicación de gérmenes del canal del parto (Escherichia Coli, Streptococo del grupo B)



- En la antibioterapia empírica se debe cubrir haemophilus dado el potencial mayor riesgo de presentar complicaciones en este subgrupo de edad y mayor dificultad para valorar la evolución dado lo inespecífico de los síntomas.

*Sakran W et al. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2006 Apr;70(4):613-7.*

# OTITIS MEDIA NEONATAL

- La otitis media aguda en menores de 2 meses se considera un criterio de ingreso según los protocolos nacionales actuales (Guía ABE, SEIP) debido al mayor riesgo de desarrollo de enfermedad diseminada dada la inmadurez inmunológica en estos pacientes.



- No obstante, existen artículos que determinan que la otitis media aislada en estos pacientes no asoció mayor frecuencia de bacteriemia ni meningitis. Sí se relacionó con bronquiolitis o infección de orina concomitante [Sakran W et al. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2006 Apr;70(4):613-7] [Turner D et al. Pediatr Infect Dis J. 2002 Jul;21(7):669-74].



# CONJUNTIVITIS AGUDA



## ¿EL *STREPTOCOCCUS PYOGENES* ES UN GERMEN HABITUAL?

Los gérmenes más frecuentes implicados en la conjuntivitis aguda bacteriana en pediatría son el *Haemophilus influenzae* no tipable, *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus* y la *Moraxella catarrhalis*, siendo el *Streptococcus pyogenes* una causa rara.

HM Frost et al J Pediatr. 2024 Oct 18;276:114368.



# CONJUNTIVITIS AGUDA

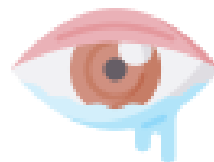


## ¿TIENE ALGUNA IMPLICACIÓN SU ASOCIACIÓN CON CONJUNTIVITIS AGUDA?

Excluyendo los 2 primeros meses de vida, la asociación de otitis media aguda y otitis media es criterio de iniciar amoxicilina + ácido clavulánico para el tratamiento de ésta última, dada la asociación de *Haemophilus* como agente causante.



&



guíaABE



# CONJUNTIVITIS AGUDA



## ¿TIENE ALGUNA PARTICULARIDAD EL MANEJO DE LA CONJUNTIVITIS EN EL PERÍODO NEONATAL?

La conjuntivitis neonatal (menores de 28 días de vida) requiere de una valoración urgente y de toma de cultivos, dada la implicación de microorganismos de transmisión sexual (gonococo, chlamydia) que asocian una mayor severidad del cuadro. Puede ser necesario el estudio analítico y el ingreso en este subgrupo de edad.



# CASO CLÍNICO

- La evolución de la paciente fue favorable. Tras perder la vía venosa periférica al 8º día de ingreso se cambia a antibioterapia oral para completar 10 días en total de tratamiento.
- El hemocultivo al ingreso fue finalmente negativo.
- En la actualidad, a los 7 meses de vida no ha vuelto a presentar otitis ni otras infecciones bacterianas. Por el momento los exámenes auditivos (potenciales evocados) son normales y continúa seguimiento por Otorrinolaringología.



# CONCLUSIONES

- La otitis media aguda se puede presentar en el período neonatal.
- La clínica suele ser inespecífica (rechazo de las tomas, irritabilidad) por lo que la otoscopia debe realizarse en estos pacientes ante dichos síntomas.
- Los hallazgos por otoscopia pueden no ser concluyentes en dicho rango de edad, siendo incluso necesaria la valoración por otorrinolaringología. Por tanto, si se sospecha en menores de 2 meses, se debe derivar Urgencias.



# CONCLUSIONES



- El estreptococo del grupo A es una causa con una frecuencia no desdeñable de otitis media aguda.
- Dicho germen causante se ha asociado a un posible mayor riesgo de complicaciones (perforación timpánica y mastoiditis).
- Se debe tener en cuenta, como en el caso expuesto, el ambiente epidémico dentro de la familia (en este caso, faringoamigdalitis aguda estreptocócica en la madre).