

Otitis media aguda recalcitrante: patógenos, resistencia y estrategia de tratamiento

Leibovitz E. *Pediatr Infect Dis J* 2007;26,S8-S11

El propósito de la siguiente revisión es analizar la experiencia acumulada durante los años 1996 a 2003 en un grupo de niños con otitis media aguda (OMA), en la unidad de Enfermedades Infecciosas del Centro Médico de la Universidad de Soroka, Beer-Sheva, Israel, en varios estudios dobles de timpanocentesis evaluando la eficacia de diferentes antibióticos en el tratamiento de OMA.

OMA recalcitrante

La OMA recalcitrante (difícil de tratar) es un problema pediátrico común, que afecta a 20% de los niños durante el primer año de vida. Incluye dos entidades bien definidas : (1) OMA persistente, definida como la falta de mejoría de los signos y síntomas por 48-72 horas después de iniciado el tratamiento antibiótico; y (2) OMA recurrente (OMA-R), clasificada como ≥ 3 episodios de OMA que ocurren en los 6 meses previos o ≥ 4 episodios que ocurren en un año precediendo la OMA actual.

La microbiología de la OMA recalcitrante a variado como un reflejo de los cambios mayores en los patrones de resistencia bacteriana entre los 3 mayores otopatógenos. Aunque la distribución de los patógenos aparenta ser similar entre OMA recalcitrante y OMA no complicada, *Streptococcus pneumoniae* (SP) aislado con una mayor concentración inhibitoria mínima (CIM) esta más involucrada en los casos

de OMA persistente/OMA-R comparado con OMA no tratada con antibióticos recientemente.

Bacteriología de OMA clínicamente recurrente: Relación con el patógeno original.

Nosotros informamos 1077 casos de OMA en niños desde 1995-2000 en estudios de doble timpanocentesis, de los cuales 834 (77%) completaron tratamiento antibiótico en forma favorable (líquido en oído medio sin patógenos a los días 4-6 del tratamiento, así como reporte de mejoría clínica y cura al final de la terapia). Los pacientes fueron controlados por 3 semanas a 1 mes después de finalizada la terapia y se obtuvieron cultivos de líquido de oído medio si la OMA recurría. Se compararon los cultivos iniciales con los de OMA recurrente, no encontrando diferencias significativas. La mayoría de las OMA-R ocurrieron entre los días 1-7, 8-14, 15-21 y 22-28 después del final de la terapia respectivamente ($p=0.01$). Todas las OMA-R verdaderas ocurrieron durante los primeros 14 días de seguimiento.

El estudio demuestra que (1) la mayoría de episodios de OMA-R (72%) ocurrió dentro de las primeras 3 semanas a 1 mes de la finalización del tratamiento antibiótico para los episodios de OMA inicial, de hecho nuevas infecciones y, (2) la mayoría de los episodios verdaderos de OMA-R se concentraron dentro de las 2 semanas del periodo después de completar tratamiento antibiótico para los episodios de OMA inicial.

* Compiladores: Drs.: Ricardo Arteaga Bonilla, Ricardo Arteaga Michel

Relación entre el transporte nasofaríngeo de *S. pneumoniae* al completar el tratamiento antibiótico para OMA y subsecuente recurrencia de OMA.

Los niños con OMA-R están colonizados en la nasofaringe con los mismos patógenos que resultan en OMA, ya sea durante y también entre episodios de infecciones respiratorias agudas.

Cultivos de nasofaringe fueron obtenidos en 92% de los pacientes al final de la terapia y SP fue aislado en 42%. OMA recurrió en 26% de los pacientes y se realizó timpanocentesis en 79% de estos; 81% tuvieron cultivo de líquido de oído medio positivo. La OMA neumocócica recurrente fue más frecuente en pacientes con cultivos nasofaríngeos positivos para SP al final de la terapia, comparado con pacientes con cultivo negativo para el mismo agente.

El mensaje principal del estudio es que la OMA-R temprana fue mayormente causada por SP, si el organismo estaba presente en la nasofaringe al final de la terapia para los episodios iniciales de OMA. Demostramos que la mayoría de los episodios de OMA-R fueron causados por el mismo SP persistente, presente en nasofaringe y no erradicado al final del tratamiento antibiótico. Estos hallazgos evidencian que la persistencia de neumococo nasofaríngeo transportado es un riesgo para la subsecuente recurrencia y que la selección antibiótica debería incorporar impacto sobre la colonización de la nasofaringe.

Relación entre patógenos persistentes en líquido de oído medio a pesar de la mejoría clínica o cura en casos de OMA antibiótico-tratada y OMA recurrente temprana.

La mayoría de los niños con OMA tienen resolución sintomática a los días 10 y 14. NO obstante la persistencia de bacterias en oído medio (con o sin tratamiento antibiótico), 80% de estos niños mejoran

clínicamente. La complejidad de este proceso lleva al médico tratante a creer en forma incorrecta, que los antibióticos con actividad bacteriológica pobre son tan efectivos como aquellos con excelente acción contra los otopatógenos comunes. Este estudio demostró que aquellos pacientes con persistencia de patógenos en líquido de oído medio después de 3-5 días de tratamiento antibiótico y una mejoría sintomática o cura, tienen un alto grado de OMA-R comparado con aquellos que tuvieron cultivos negativos en líquido de oído medio a los días 4-6 del tratamiento. Estos estudios enfatizan la importancia de la erradicación bacteriológica temprana para el pronóstico de OMA.

Comentarios concluyentes.

Estos estudios presentados demuestran que la mayoría de los episodios de OMA-R, ocurren dentro del mes después de un tratamiento antibiótico satisfactorio, debiéndose a nuevos otopatógenos.

La mayor parte de recurrencias bacteriológicas verdaderas de OMA ocurren dentro de los 14 días después de completado el tratamiento antibiótico de OMA inicial, pero incluso entre estos intervalos de tiempo las recurrencias están causadas por nuevos patógenos. La falta de esterilización del líquido de oído medio o erradicación de la colonización nasofaríngea durante la terapia esta asociada con altos grados de OMA-R, aun en pacientes que demuestran mejoría clínica o cura al concluir el tratamiento del episodio inicial.

Finalmente demostramos que estas ocurrencias son debidas a bacterias en líquido de oído medio y/o patógeno nasofaríngeos no erradicados inicialmente por el tratamiento antibiótico. Por lo tanto, la estrategia para la prevención de recurrencias de OMA es la esterilización del líquido de oído medio y erradicar los otopatógenos nasofaríngeos transportados durante la terapia antibiótica.
