

F. Asensi Botet, M<sup>a</sup> del C. Otero Reigada,  
D. Pérez Tamarit, M.A. Calvo Bermúdez

*An Esp Pediatr 1998;49:105.*

*Sr. Director:*

En la lucha contra la tuberculosis (tbc) el pediatra juega un papel esencial, porque tiene en sus manos la posibilidad de diagnosticar precozmente infecciones en los niños que lleven a detectar focos de contagio entre los adultos convivientes.

En este sentido, es oportuno que *Anales Españoles de Pediatría* publicara un 'Protocolo del tratamiento de la tbc infantil' elaborado por el grupo de trabajo "Tuberculosis infantil" de la Sociedad Española de Neumología Pediátrica<sup>(1)</sup>.

Sin embargo, creemos útil poner de manifiesto nuestra discrepancia sobre una afirmación incluida en el apartado 'Detección y tratamiento de fuentes de contagio'. Se trata de la frase "*En el examen de salud del niño la reacción tuberculínica para encontrar casos de infección o enfermedad tuberculosa entre los niños o sus familiares no es recomendable hasta la adolescencia, pues las tasas actuales de prevalencia de infección son bajas*". Nuestra experiencia nos indica todo lo contrario. Practicar la intradermorreacción de Mantoux no tiene ninguna contrain-

Sección de Infectocontagiosos. Hospital Infantil Universitario La Fe. Valencia

## Utilidad del Mantoux

dicación y puede dar una valiosísima información **en cualquier edad**. Invirtiendo los términos, lejos de considerarla indicada sólo en niños sospechosos de proceder de un ambiente bacilífero, nos está sirviendo mucho para detectar tal ambiente ante un niño Mantoux positivo sin ningún otro dato que lo hiciera sospechar. Son muchos los adultos diagnosticados de lesiones tuberculosas abiertas gracias exclusivamente a un Mantoux positivo practicado rutinariamente en niños de todas las edades en nuestra Unidad.

En consecuencia, abogamos por la práctica de la prueba de Mantoux en el máximo número de niños posible, incluso sin sospechar ningún 'factor de riesgo', haciendo una interpretación amplia de las recomendaciones de la Academia Americana de Pediatría (15 meses, 4-6 y 11-12 años)<sup>(2)</sup>.

### Bibliografía

- 1 Grupo de trabajo "Tuberculosis infantil". Protocolo del tratamiento de la tuberculosis infantil. *An Esp Pediatr* 1998;**48**:89-97.
- 2 American Academy of Pediatrics. Committee of Infectious Diseases. Red Book, 24th Edition, pág. 548. Elk Grove Village, IL, 1997.

M.A. Ramos Frías, M.J. Fuentenebro  
Yubero, J. Jiménez Martínez,  
S. Gil Veguillas, I. Adrados Razola,  
J.M. Jiménez Bustos

*An Esp Pediatr 1998;49:105-107.*

*Sr. Director:*

La infección por *Hymenolepis nana* es una de las parasitosis más frecuentes en climas templados y tropicales<sup>(1,2)</sup>, presentando mayor incidencia en niños pertenecientes a instituciones cerradas o cuyas condiciones higiénicas son deficitarias<sup>(3)</sup>. La infección se produce vía fecal-oral por ingestión de alimentos

Servicio de Pediatría. Hospital General Universitario de Guadalajara.  
Correspondencia: Dr. José Jiménez Martínez. Servicio de Pediatría. Hospital General Universitario. C/. Donantes de sangre s/n. 19002 Guadalajara.

## Dolor abdominal inespecífico por *Hymenolepis nana*

contaminados<sup>(4)</sup>, aunque lo que verdaderamente explica la cantidad extraordinaria de ejemplares que pueden parasitar a un individuo, es la autoinfestación interna por la ruptura de huevos antes de eliminarse por las heces. Sólo cuando la infestación es masiva se producen síntomas que consisten en dolor abdominal cólico, anorexia y diarrea. La incidencia real de esta parasitosis como causa de dolor abdominal cólico inespecífico en nuestro medio es desconocida, por cuanto existen escasas referencias en la literatura sobre este respecto.

Presentamos el caso de un niño de cinco años con dolor abdominal producido por la parasitación de *Hymenolepis nana*.

### Caso clínico

Paciente varón de cinco años de edad que acude al Servicio de Urgencias por la aparición de dolor de escasas horas de evolución localizado en hemiabdomen superior y febrícula; presenta cuadro catarral desde hace unos días, pero no refiere vómitos ni alteración del tránsito intestinal. No presenta antecedentes personales de interés, salvo el ser de etnia gitana, vivir en medio rural con un contacto frecuente con perros y tener un nivel socioeconómico medio-bajo.

La exploración al ingreso muestra un peso de 18 kg (P50) y una temperatura axilar de 37,8°. Presenta un buen estado general, con buena nutrición e hidratación, sin exantemas ni otras lesiones dérmicas; no se encuentran hallazgos significativos a la auscultación cardiopulmonar. Destaca una faringe hiperémica, amígdalas hipertrofiadas y microadenia laterocervical con otoscopia normal en el área ORL. La exploración abdominal revela dolor en zona periumbilical y fosa ilíaca derecha sin signos de irritación peritoneal, pero con una marcada defensa voluntaria; se palpan abundantes heces en marco cólico. El tacto rectal mostró una ampolla rectal llena de heces.

La analítica realizada en Urgencias revelaba 11.000 leucocitos con el siguiente recuento: N:84%, L:4%, E:4% y resto de valores hematimétricos en rango normal para su edad. El estudio del ionograma y la coagulación fueron normales. Se le realizó una Rx de abdomen que mostró acúmulo de heces a nivel medio-abdominal con aire de distribución normal y sin signos indirectos que nos indicaran una probable etiología quirúrgica del proceso. La ecografía abdominal realizada no mostró hallazgos significativos.

Al ingreso se pautó fluidoterapia intravenosa, antitérmicos, enemas de limpieza y reposo intestinal en espera de la evolución posterior del cuadro. El dolor abdominal persistió con las mismas características y localización durante 48 horas, en las que presentó buena tolerancia oral y tránsito normal con febrícula mantenida que cedía bien a antitérmicos habituales. Se realizó control analítico que mostró a las 48 horas del ingreso: 3.460 leucocitos (N:25%, L:50%, E:11,3%) con linfocitos activados, e ionograma, sedimento urinario y ecografía abdominal sin alteraciones significativas. El test de Graham fue normal, pero el estudio de parásitos en heces reveló la presencia de abundantes huevos de *Hymenolepis nana*, por lo que se decidió tratamiento con praziquantel a dosis de 25 mg/kg de peso, produciéndose una mejoría de los síntomas gradual a partir de este momento. El fármaco se administró también a los familiares más cercanos del niño. Fue dado de alta a la semana del ingreso con disminución de la eosinofilia (5.390 leucocitos: N:45%, L:33%, E:6%) y buen estado general.

Controlado de forma ambulatoria hasta el momento actual, el paciente permanece asintomático y con normalidad, tanto analítica como de los test microbiológicos realizados.

### Comentario

Aunque la infección por *Hymenolepis nana* es frecuente en países en vías de desarrollo, el hecho de que no se asocie a sintomatología florida en la mayoría de los casos, puede llevarnos a estimaciones erróneas acerca de la incidencia real de la infección en nuestro medio. Existen diversas publicaciones de ca suísticas procedentes de zonas donde la infección es endémica, como el Sudeste asiático(2%)(6), Oriente Medio(16%)(1,7) o Sudamérica(8). En España, la himenolepiasis aún queda lejos de considerarse una causa frecuente de dolor abdominal; de hecho, las comunicaciones sobre dolor abdominal por *Hymenolepis nana* en la población infantil de nuestro país, parecen inexistentes. Las características epidemiológicas del caso que presentamos (zona rural, condiciones higiénico-sanitarias deficientes) responden al entorno favorable para la transmisión de himenolepiasis(3). A pesar de que las manifestaciones clínicas de la infestación por este cestodo suelen ser poco expresivas o nulas(5), en algunos casos puede presentarse con un cortejo sintomático más florido que incluye: dolor abdominal, pérdida de peso(10), hiporexia, irritabilidad, meteorismo, flatulencia y diarrea. El diagnóstico se confirma por el hallazgo de huevos del parásito en heces(5).

Hoy en día el tratamiento de elección es el praziquantel a dosis de 25 mg/kg de peso en una sola dosis, ya que actúa, tanto frente a los gusanos adultos, como frente a los cisticercos de las vellosidades intestinales. Otra alternativa terapéutica la representa la niclosamida, que debe administrarse durante una semana para erradicar los parásitos a medida que se transforman en gusanos adultos (2 g el primer día y 1 g los restantes hasta completar la semana).

Como conclusión, y a la vista del caso que exponemos, pensamos que es necesario tener en mente la posibilidad de una himenolepiasis en pacientes afectos de dolor abdominal inespecífico, planteándonos realizar un estudio de heces, para descubrir huevos de *Hymenolepis nana*, en aquellos casos cuyo entorno epidemiológico y sintomatología nos sugiriese esta infestación, siempre que se hubieran descartado otras etiologías del proceso.

### Bibliografía

- 1 Al-Eissa Ya, Assuhaimi Sa, Abdullah Am, et al. Prevalence of intestinal parasites in Saudi children: a community-base study. *J Trop Pediatr* 1995; **41**:47-49.
- 2 MercadoR, Arias B. Infecciones por Taehia sp y otros cestodos intestinales en pacientes de consultorios y hospitales públicos del sector norte de Santiago de Chile. 1985-1994. *Bol Chil Parasitol* 1995; **50**:80-83.
- 3 Balei Mk, Aydogdu S, Koc O, et al. Parasite prevalence in schools with different socioeconomic status and evaluation of methods for diagnosing intestinal parasitic diseases. *Mikrobiol Bul* 1990; **24**:368-378.
- 4 Dona Rc, Salata E, Dos Anjos GL. Frequency of intestinal heilmnth eggs in public restrooms in Sorocaba. *Rev Soc Bras Med Trop* 1995; **28**:33-37.
- 5 Romero-Cabello R, Godínez L, Gutiérrez-Quiroz M. Aspectos clínicos de la himenolepiasis en pediatría. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1991; **48**:101-105.
- 6 Sherchand J, Larsson S, Shetha MP. Intestinal parasites in children

and adults with and without abdominal discomfort from the Katmandu area of Nepal. *Trop Gastroenterol* 1996; **17**:15-22.

- 7 Al-Madani AA, Mahfouz A. Prevalence of intestinal parasitic infections among Asian female house-keepers in Abha District, Saudi Arabia. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 1995; **26**:135-

137.

- 8 Navarrete R, Torres P. Prevalencia de la infección por protozoos y helmintos intestinales en escolares de un sector costero de la provincia de Valdivia, Chile. *Bol Chil Parasitol* 1994; **49**:79-80.

A. González de Aledo Linos

*An Esp Pediatr* 1998; **49**:107-108.

*Sr. Director:*

En los últimos años se ha multiplicado el número de vacunas incluidas en los calendarios vacunales de una manera desconocida hasta ahora. A modo de comparación, en las décadas de 1970 y 1980 (o sea, en 20 años) sólo se añadió una nueva vacuna al calendario -la triple vírica-, pero a partir de 1989 (o sea, en 8 años) la pauta se ha incrementado con 8 ó 10 nuevas dosis o vacunas, y la progresión sigue en aumento. Los investigaciones de nuevas vacunas está en auge, y cada nueva vacuna comercializada es en seguida reclamada por la profesión médica y por la población para su inclusión en el calendario. Además, algunas de ellas son libremente comercializadas y, por lo tanto, están en disposición de ser recetadas por los pediatras aunque no estén incluidas en el calendario oficial.

Por otra parte, nuevas situaciones sociosanitarias obligan al uso de un número mayor de vacunas, como por ejemplo, la reciente epidemia de meningitis C, los viajes internacionales que obligan al uso de vacunas para situaciones endemo-epidémicas concretas, la ocurrencia de microepidemias por patógenos para los que se dispone de nuevas vacunas eficaces (hepatitis A, tifoidea, etc.), etc.

Estas circunstancias están conduciendo a que cada vez deba aplicarse a un niño concreto y en una visita concreta un mayor número de agentes inmunizantes, planteándose dudas acerca de la idoneidad de múltiples asociaciones vacunales en la misma jeringa, o en el mismo acto vacunal aunque se utilicen lugares de inyección diferentes. Estas dudas se refieren, tanto a la seguridad de la asociación (ocurrencia o no de más efectos adversos), como a su eficacia (consecución o no del mismo nivel de protección que con cada vacuna por separado). Pero esta duda conceptual no debe conducir sistemáticamente a separar todas las vacunas en sucesivas visitas, pues incrementa el traba-

## Compatibilidad de vacunas

jo de los profesionales sanitarios y es uno de los principales factores que dificultan una amplia cobertura vacunal. Por el contrario, la tendencia mundial es la de agrupar el mayor número posible de vacunas en cada visita.

Por este motivo, varios grupos de investigadores trabajan en la experimentación de asociaciones vacunales que permitan la utilización del mayor número de agentes inmunizantes con el menor número de visitas médicas. No obstante, los resultados de estas investigaciones no suelen publicarse en revistas pediátricas, por lo que a veces no llegan a quienes precisamente más deberían conocerlos y aplicarlos.

Intentando subsanar este vacío, adjunto una tabla de compatibilidad de vacunas entre sí, y con antibióticos y antipalúdicos (Tabla I), elaborada con la experiencia de quince años como responsable de un programa de vacunación, y tras la lectura de decenas de artículos y libros relacionados con las vacunas, que sería imposible recoger en los límites bibliográficos de una Carta al Director. Se trata de una tabla de doble entrada, donde basta buscar una de las vacunas que se desea consultar en el eje de abscisas y la otra en el de ordenadas, figurando la posibilidad o no de asociarlas en la casilla donde se cortan, que a su vez nos remite a una pequeña explicación en el pie de la tabla.

Deseo agradecer la colaboración del Dr. Fernando del Hierro, Jefe de los Servicios de Sanidad Exterior de Cantabria, y del Dr. Javier de Aristegui, Coordinador del Comité Asesor de Vacunaciones de la Asociación Española de Pediatría, en la lectura crítica de la tabla y sus aportaciones y sugerencias.

### Bibliografía

- 1 Grabenstein LD: "Drug interactions involving immunologic agents. Part I. Vaccine-vaccine, vaccine-immunoglobulin, and vaccine-drug interactions". *DICP The Annals of Pharmacotherapy* 1990; **24**:67-81.
- 2 Advisory Committee on immunization practices (ACIP): "General Recommendations on Immunization". *MMWR* 1994; **43**(No. RR-1):1-38.

Pediatra. Director de la Escuela Departamental de Puericultura de Cantabria.  
Correspondencia: Alvaro González de Aledo Linos. Valdeñoja, 46, 7º I.  
39012 Santander. Cantabria