

Las publicaciones existentes con datos de la prevalencia de la infección tuberculosa indican que actualmente en España la tasa de niños tuberculín-positivos es del 1% a la edad de 6-7 años y del 3% a los 13-14 años⁽³⁻¹⁰⁾ y la incidencia de la infección, es decir, pasar de ser tuberculín-negativo a tuberculín-positivo era en 1981-82 del 1,8% a los 6 años y 3,3% a los 13 años, por cada año⁽¹¹⁾, y recientemente se ha calculado en 0,96 a 1,42% bianual para niños con edad de 2 años seguidos hasta los 6 años⁽¹²⁾. Creemos que estas cifras son suficientes para reafirmarnos en la opinión, que coincide con la de Campins y Moraga, de que la prueba de tuberculina sistemática y repetida no está indicada entre nosotros.

Por último, quisiéramos señalar que nos parece inadecuado y contraproducente que pediatras del prestigio que tienen los autores de las dos cartas comentadas en ésta, sigan fomentando el error de usar como referencia para España las indicaciones de la Academia Americana de Pediatría y de la Sociedad Canadiense de Pediatría, pues es contribuir inadvertidamente al grave error de concepto que se comete habitualmente entre los pediatras españoles de incorporar a nuestra práctica las indicaciones de estas prestigiosas sociedades, por ejemplo, el dintel de positividad de la prueba de Mantoux⁽¹³⁾. Y esto es un grave error, porque la situación epidemiológica de USA y Canadá y, por tanto, sus objetivos de salud y prioridades para el control de la tuberculosis son absolutamente diferentes de los nuestros, debido a las abismales diferencias existentes entre la situación epidemiológica nuestra y la de esos países. Lamentablemente somos de los pocos países desarrollados que aún tenemos tuberculosis infantil autóctona y por eso, actualmente, no disponemos de buenos modelos que nos sirvan de referencia.

Bibliografía

- 1 Grupo de trabajo «Tuberculosis infantil». Protocolo del tratamiento de la tuberculosis infantil. *An Esp Pediatr* 1998;**48**:89-97.
- 2 Asensi F, Otero MC, Pérez D, Calvo MA. Utilidad del Mantoux (Carta). *An Esp Pediatr* 1998;**49**:105.
- 3 Chover JL, Gallardo JA, Guerrero C, Gutiérrez J, Huertas I, De Juan S y cols. Prevalencia de la infección tuberculosa en adolescentes de Puerto de Sagunto (Carta). *Gac Sant* 1997;**11**:301-302.
- 4 Alcaide J. Comentarís sobre el cribatge de la prova de la tuberculina fetal als escolars de Catalunya. *Pediatr Catalana* 1997;**57**:201-203.
- 5 Alcaide J, Altet MN, Taberner JL, Cobos N, Liñán S, Llorens J y cols. Guia per a la prevenció i el control de la tuberculosis infantil. Quaderns de salut pública, 11. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya; 1997.
- 6 Collaborative Group for the Study of Tuberculosis in Spain. Epidemiological trends of tuberculosis in Spain from 1988 to 1992. *Tubercle Lung Dis* 1995;**76**:522-528.
- 7 Alcaide Megías J, Altet Gómez MT. Tuberculosis infantil en España (Editorial). *Arch Bronconeumol* 1995;**31**:375-377.
- 8 Villalví JR, Caylà JA, Iglesias B, Ferrer A, Casañas P. The evaluation of tuberculosis infection among schoolchildren in Barcelona and the HIV epidemic. *Tubercle Lung Dis* 1994;**75**:105-109.
- 9 Caminero JA. Situación actual de la tuberculosis en España. *Arch Bronconeumol* 1996;**32**:85-99.
- 10 Alcaide J, Altet MN. Epidemiología de la tuberculosis. Moment actual. *Pediatr Catalana* 1997;**57**:355-358.
- 11 Alcaide Megías J, Altet Gómez MN, Taberner Zaragoza JL, Salleras Sanmartí LL. Evolució de la infecció tuberculosa en els escolars d'una ciutat de la comarca del Barcelonès. 22 anys de seguiment. *But Soc Cat Pediatr* 1992;**52**:173-178.
- 12 Marès J, Riera G. Cribatge de la infecció tuberculosa en la població infantil: incidència de convertors. *Pediatr Catalana* 1997;**57**:383-388.
- 13 De Juan F. Unificació de criteris terapèutics en la tuberculosi: justificació de l'esquematització actual de pautes. *Pediatr Catalana* 1997;**57**:377-382.

J. Benito-León, F. Mateos*, R. Simón*

An Esp Pediatr 1999;**50**:100-101.

Sr Director:

Hemos leído con gran interés el artículo de Fargas i Busquets y cols.⁽¹⁾ publicado recientemente en Anales Españoles de Pediatría y quisiéramos hacer una serie de puntualizaciones.

Servicio de Neurología. Hospital de la S.S. de Móstoles, Móstoles, Madrid. *Servicio de Neurología Infantil. Hospital Universitario "12 de Octubre", Madrid.
Correspondencia: Dr. Julián Benito-León. Avda. de la Constitución 41, 3º dcha. 28820 Coslada, Madrid.

Consideraciones sobre el artículo: "Oftalmoplejía-ataxia-arreflexia en pediatría. Tres nuevos pacientes y revisión de la literatura"

En 1996 publicamos dos casos de síndrome de Miller Fisher o síndrome de oftalmoplejía-ataxia-arreflexia (SOAR) en 2 pacientes en edad pediátrica⁽²⁾.

Nuestro primer paciente era un varón de 11 meses, con antecedentes de una infección de las vías respiratorias superiores una semana antes del ingreso, que presentó un cuadro brusco de ataxia, oftalmoplejía y arreflexia. Una resonancia magnética craneal fue normal. Se le trató con inmunoglobulinas endovenosas (400

mg/kg/día durante 5 días). La mejoría fue rápida, quedando asintomático una semana después. Este es el paciente más joven con síndrome de Miller Fisher que se ha publicado hasta la fecha.

El segundo paciente era un varón de 16 meses de edad que presentó, de manera aguda, un cuadro de confusión, ataxia, oftalmoplejía y arreflexia. Como antecedentes de interés había tenido una infección del tracto respiratorio superior 2 días antes del ingreso y vacunación contra la rubéola, sarampión y parotiditis 2 semanas antes. Un electroencefalograma mostró un enlentecimiento difuso. Tres semanas después del inicio del cuadro, el paciente comenzó a mejorar, hasta quedar asintomático 5 semanas después.

El síndrome de Miller Fisher es una entidad clínica con una posición nosológica indefinida. Aunque la mayor parte de autores creen que es una variante del síndrome de Guillain-Barré (hipótesis periférica), hay datos que sugieren una afectación del tronco cerebral (hipótesis central)⁽³⁻⁶⁾. El hecho de que nuestro segundo paciente estuviese confuso y el electroencefalograma mostrase un enlentecimiento difuso apoya esta última hipótesis.

Este síndrome es infrecuente en la edad pediátrica. En una revisión de la literatura desde 1956 hasta 1992, sólo se habían descrito 32 casos, representando, así, el 14,3% del total de los pacientes con dicho síndrome⁽³⁾.

Hay poca información en la literatura sobre el tratamiento del síndrome de Miller Fisher, quizás porque la mayor parte de

los pacientes se recuperan en unas 10 semanas⁽³⁾. Los corticoides y la plasmaféresis han sido eficaces en aquellos pacientes con insuficiencia respiratoria⁽³⁾. El tratamiento con inmunoglobulinas endovenosas ha sido también eficaz en el síndrome de Miller Fisher, acortando su evolución natural⁽²⁾.

Creemos que las inmunoglobulinas endovenosas contribuyeron a la rápida recuperación en nuestro segundo caso, ya que la evolución fue más corta de lo habitual. Aunque se necesitan más estudios en este sentido, recomendamos la utilización de las mismas en el tratamiento de este síndrome.

Bibliografía

1. Fargas i Busquets A, Roig Quilis M, Gratacòs Vinyola M, Macaya Ruiz A, del Toro Riera M, Fitó Costa A. Oftalmoplejía-ataxia-arreflexia en pediatría. Tres nuevos pacientes y revisión de la literatura. *An Esp Pediatr* 1998; **48**: 483-488.
2. Benito-León J, Bravo J, Mateos F, Simón R. Miller Fisher syndrome in infancy. *Child's Nerv Syst* 1996; **12**: 559-561.
3. Berlit P, Rakicky J. The Miller Fisher syndrome. *J Clin Neuroophthalmol* 1992; **12**: 57-63.
4. Marks HG, Augustyn P, Allen RJ. Fisher's syndrome in children. *Pediatrics* 1977; **60**: 726-729.
5. Qaundah BY. Miller Fisher syndrome in a 22-month-old child: brief clinical and laboratory observation. *J Pediatr* 1970; **77**: 868-870.
6. Watters GV, Humphreys P. Fisher syndrome in childhood. *Neurology* 1981; **31**: 555-560.

J.M. Eiros Bouza, M.R. Bachiller Luque,
C. Ochoa Sangrador, R. Ortiz de Lejarazu

An Esp Pediatr 1999;50:101-102.

Sr. Director:

Entre las infecciones que resultan de interés en la infancia se incluyen las ocasionadas por el parvovirus B-19, único integrante, hasta el momento, del género Eritrovirus⁽¹⁾. El pediatra puede asistir a pacientes con infección aguda, tanto en el contexto de una enfermedad exantemática⁽²⁾, como hematológica⁽³⁾, articular⁽⁴⁾, o en un cuadro de afectación congénita⁽⁵⁾. Además muchos cuadros de primoinfección cursan de manera inaparente como un síndrome pseudogripal, con o sin afectación dérmica, que algunos autores sitúan en brotes de aparición polia-nual⁽⁶⁾.

Departamento de Microbiología y Pediatría. Hospital Clínico Universitario y Facultad de Medicina de Valladolid.

Correspondencia: José M.º Eiros Bouza. Dpto. de Microbiología, 6.ª Planta. Facultad de Medicina. Avda. Ramón y Cajal, 7. 47005 Valladolid.

Estudio seroepidemiológico de la infección por parvovirus humano B-19 en niños

Conscientes de esta última realidad y de la ausencia de referencias epidemiológicas en nuestro medio establecimos desde hace cuatro años la detección aleatoria de marcadores serológicos de infección por parvovirus B-19 en muestras del suero correspondientes a niños de procedencia ambulatoria, independientemente de su solicitud diagnóstica.

El objetivo de este estudio es comunicar la prevalencia de anticuerpos (Ac) específicos de la clase IgG en sueros de niños menores de 8 años, remitidos a un laboratorio de microbiología de un hospital de tercer nivel de Castilla y León.

Se han analizado un total de 478 muestras de suero recogidas durante el cuatrienio 1994-1997. La determinación de los Ac IgG se realizó mediante un enzoinmunoanálisis indirecto (Ingelheim, Diagnostics), que utiliza como soporte antigénico proteína recombinante VP2.