

J.A. Soult Rubio, M. Fernández López,
M. Muñoz Sáez, M. Barrera Santa Ana,
J.D. López Castilla, A. Tovaruela Santos

An Esp Pediatr 1997;47:659-660.

Sr. Director:

Neisseria meningitidis sigue siendo el agente etiológico más frecuente en la sepsis y meningitis de la infancia, con una importante morbimortalidad. En la década de los 80 observamos una disminución progresiva de su incidencia, que se había estabilizado en los años 90. Sin embargo, en los primeros meses de 1997 hemos detectado un importante aumento en la incidencia de enfermedad meningocócica, así como cambios significativos en el serogrupo predominante. Por este motivo hemos revisado todos los casos de infección meningocócica ingresados en nuestro hospital entre enero de 1994 y marzo de 1997, ambos inclusive, analizando la incidencia anual, prevalencia de serogrupos y evolución.

Durante los últimos 3 años (enero 1994 - diciembre 1996) ingresaron en nuestro hospital 40 niños con infección invasiva meningocócica, 14 casos en 1994, 12 en 1995 y 14 en 1996, lo cual equivale a unas tasas de incidencia entre 1,8 y 2 casos/100.000 hab./año. En este período de tiempo (1994-1996), 35 casos fueron causados por el meningococo B (87,5%) y los 5 restantes por el serogrupo C (12,5%). La mortalidad durante estos 3 años fue del 17,5%

Sin embargo, entre enero y marzo de 1997 han ingresado en nuestro hospital 17 niños con infección meningocócica, el triple de casos que en el mismo período de años anteriores (Figura 1), lo que significa una incidencia en nuestra área sanitaria de 2,5 casos por 100.000 habitantes en sólo 3 meses. De estos 17 casos de meningococemia, 12 eran por el serogrupo C (71%) y los 5 restantes por meningococo B (29%). Han fallecido 3 niños (17,6%), 2 con infección por serogrupo C y 1 por meningococo B, todos ellos con clínica de sepsis y shock séptico. En una población de nuestra área sanitaria se han registrado 5 casos de meningococemia C en estos 3 meses, con lo que la tasa de incidencia de enfermedad por meningococo C en esa población ha ascendido a 11 casos/100.000/hab. en este primer trimestre de 1997.

Es evidente que el aumento de incidencia de infección meningocócica en nuestro medio se debe al serogrupo C, ya que entre enero y marzo de 1997 se han registrado más casos por este serogrupo que durante los 3 años anteriores. En cambio, no

Aumento en la incidencia de enfermedad meningocócica por serogrupo C en la provincia de Sevilla

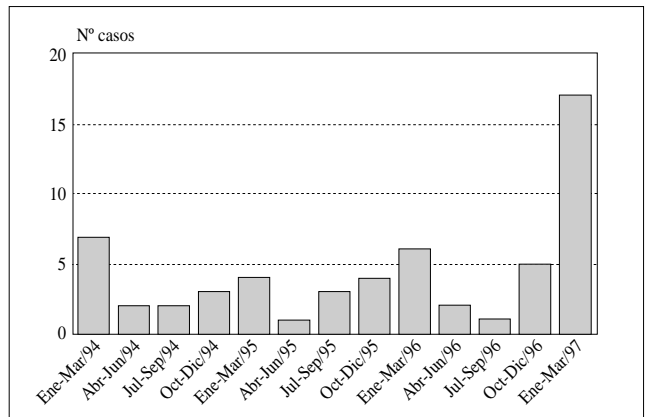


Figura 1. Gráfica de incidencia (enero 1994 - marzo 1997): número de casos por trimestre.

hemos observado un aumento significativo en la incidencia de enfermedad invasiva por meningococo grupo B. La mortalidad se ha mantenido estable durante todo el período estudiado (17%), no observándose aumento de la misma en los últimos meses, ni en relación con el serogrupo de meningococo.

En la actualidad disponemos de una vacuna bivalente (A+C) compuesta por los polisacáridos capsulares de *Neisseria meningitidis* serogrupos A y C. La eficacia y seguridad de esta vacuna ha sido demostrada en mayores de 2 años⁽¹⁻³⁾, sin embargo, no es eficaz en menores de esa edad ni desarrolla inmunidad cruzada frente al meningococo B. Se están desarrollando vacunas conjugadas, similares a las vacunas frente a *Haemophilus influenzae* B, que mejoren la inmunogenicidad en menores de 2 años y desarrollen anticuerpos protectores contra el serogrupo B, pero aún se encuentran en fase experimental.

Las recomendaciones actuales de vacunación son: en personas de alto riesgo - déficit de complemento, asplenia⁽⁴⁾, en viajeros a zonas endémicas -Africa subsahariana⁽⁵⁾ y en regiones con aumento importante en la incidencia de enfermedad meningocócica por serogrupo A y/o C⁽⁶⁾. Esto ha ocurrido en los últimos años en países desarrollados^(7,8) y está sucediendo actualmente en nuestro país⁽⁹⁾. De hecho, en un grupo de población de nuestra área sanitaria se ha observado un aumento significativo en la incidencia de infección por meningococo C en los últimos meses, por lo que las autoridades sanitarias han de-

Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Correspondencia: Juan A. Soult Rubio. C/ San Sebastián, 25. 41927- Mairena Aljarafe. Sevilla.

cido la vacunación general de esa población.

En resumen, en los primeros meses de 1997 se ha detectado un importante aumento en la incidencia de enfermedad meningocócica por serogrupo C en nuestro medio, por lo que es preciso continuar con una estrecha vigilancia epidemiológica y valorar la necesidad de establecer campañas de vacunación masiva. Los pediatras tenemos la responsabilidad de notificar los casos de forma rápida, adecuada y permanente, pero son los responsables de la salud pública los encargados de recopilar y analizar esos datos y actuar en consecuencia. Nosotros, los pediatras, debemos insistir para que las autoridades sanitarias tomen las medidas oportunas para garantizar la salud de "toda" nuestra población infantil.

Bibliografía

- 1 Gotschlich EC, Goldschneider Y, Artenstein MS. Human immunity to the meningococcus: IV. Immunogenicity of group A and group C meningococcal polysaccharides in human volunteers. *J Exp Med* 1969; **129**:1367-84.
- 2 Pearce MC, Sheridan JW, Jones DM. Control of group C meningococcal disease in australian aboriginal children by mass rifampicin chemoprophylaxis and vaccination. *Lancet* 1995; **346**:20-3.
- 3 Mitchell LA, Ochnio JJ, Glover C, Lee AY, Ho MK, Bell A. Analysis of meningococcal serogroup C-specific antibody levels in British Columbian children and adolescents. *J Infect Dis* 1996; **173**:1009-13.
- 4 Centers for Disease Control and Prevention. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices: Use of vaccines and immune globulins in persons with altered immunocompetence. *MMWR* 1993; **42**:1-18.
- 5 Moore PS, Plikaytis BD, Bolan GA et al. Detection of meningitis epidemics in Africa: A population-based analysis. *Int J Epidemiol* 1992; **21**:155-62.
- 6 Riero FX, Plikaytis BD, Broome CV. Epidemiology and prevention of meningococcal disease. *Pediatr Infect Dis J* 1995; **14**:643-57.
- 7 Jackson LA, Schuchat A, Reeves MW, Wenger JD. Serogroup C meningococcal outbreaks in the United States, an emerging threat. *JAMA* 1995; **273**:383-9.
- 8 Whalen CM, Hockin JC, Ryan A, Ashton F. The changing epidemiology of invasive meningococcal disease in Canada, 1985 through 1992: emergence of a virulent clone of *Neisseria meningitidis*. *JAMA* 1995; **273**:390-4.
- 9 Osona B, Casado J, Menéndez M, Mora E. Infección meningocócica: Cambios en los serogrupos y en la sensibilidad a penicilina. *An Esp*

D. Rodríguez Morales, M. Riquelme Pérez

An Esp Pediatr 1997;47:660-661.

Sr. Director:

En la actualidad han aumentado los casos de escarlatina debido al crecimiento de la virulencia de los estreptococos y a la reaparición de ciertos serotipos de esta bacteria, probablemente por la disminución de la inmunidad del huésped a ciertos serotipos (M3 y M18), favorecida por su baja prevalencia en los últimos años. También se ha apreciado un incremento en los casos de fiebre reumática y síndrome del shock tóxico estreptocócico. La tendencia al uso indiscriminado de antibióticos ha podido tener un papel decisivo en esta selección^(1,2).

Ya en 1939, Pickles⁽³⁾ observó las fluctuaciones que se producían en la severidad de los brotes de escarlatina y que un brote grave que se producía en una generación, se comportaba de modo relativamente benigno en generaciones siguientes. No obs-

Incremento en la incidencia de escarlatina

Tabla I Casos de escarlatina (Area V, Madrid) 1990-1996

Año	Frecuencia	Porcentaje	Frec. acumulada
90	47	9,38%	9,38%
91	77	15,37%	24,75%
92	67	13,37%	38,12%
93	80	15,97%	54,07%
94	84	16,77%	70,86%
95	58	11,58%	82,44%
96	88	17,56%	100%

tante, los casos graves de escarlatina apenas se ven en la actualidad gracias a los antibióticos, los antipiréticos y anticonvulsivantes.

Correspondencia: David Rodríguez Morales.
C/ Rioja 7, escalera derecha, 1º B. 28042-Madrid.