

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-

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

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.

En el Area V de Salud de la Comunidad de Madrid, en los datos obtenidos del registro de las Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) respecto a los casos de escarlatina declarados desde 1990, se aprecia un importante aumento de episodios, habiéndose declarado en las primeras 19 semanas de 1996 más casos que en todo el año 1990 (Tabla I).

Palabras clave: Escarlatina. Faringitis aguda. Prevalencia

Bibliografía

- 1 Kaplan EL. Public health implications of group A streptococcal infections in the 1990s. *Pediatr Infect Dis J*, 1994; **13**:580-3.
- 2 MarKowitz M. Changing epidemiology of group A streptococcal infections. *Pediatr Infect Dis J* 1994; **13**:557-60.
- 3 Pickles WN. Epidemiology in countrt practice. Bristol: Wright, 1939: 42-3.

M. Sánchez Ospina, V. Pineda Solas,
J. Rivera Luján, C. Martín Martínez*

An Esp Pediatr 1997;47:661-663.

Sr. Director:

El síndrome de Hinman, conocido también como síndrome de la vejiga neurógena no neurógena, es una entidad que se caracteriza por la presencia de trastornos psicológicos, infecciones urinarias de repetición, enuresis y encopresis⁽¹⁻⁵⁾. Los hallazgos radiológicos consisten en ureterohidronefrosis, reflujo vesico-ureteral y vejiga trabeculada. El estudio urodinámico muestra ausencia de coordinación esfínter-detrusor⁽⁶⁾. A pesar de ser una entidad infrecuente debería entrar en el diagnóstico diferencial de dos entidades tan frecuentes en Pediatría como son la enuresis y la infección urinaria.

Presentamos el caso de un niño diagnosticado de síndrome de Hinman a raíz del estudio de una infección urinaria. El paciente, un niño de 4 años acude a nuestro Servicio por presentar fiebre y dolor abdominal. A la exploración física presenta distensión abdominal y globo vesical. Como antecedentes personales destaca encopresis, alteraciones miccionales con episodios de enuresis y retención urinaria. Exploraciones complementarias: leucocitosis con desviación a la izquierda y aumento de la velocidad de sedimentación globular. Sedimento de orina con piuria, abundante flora bacteriana y urocultivo positivo a *proteus mirabilis*. Con el diagnóstico de pielonefritis aguda se inicia tratamiento con cefotaxima parenteral.

La ecografía y cistografía miccional detectan ureterohidronefrosis, reflujo vesico-ureteral grado IV bilateral y vejiga trabeculada en abeto sugestiva de vejiga neurógena (Fig. 1). No se observan anomalías anatómicas en la uretra (Fig. 2). Pielografía

Síndrome de Hinman. Una entidad a tener en cuenta



Figura 1. Cistografía: vejiga en abeto, irregularidades de su contorno y reflujo vesicoureteral bilateral grado IV.

Servicio de Pediatría. Servicio de Radiología*. Consorci Hospitalari Parc Taulí. Sabadell. Barcelona.

Correspondencia: Dra. Montserrat Sánchez Ospina. Avda. Virgen de Montserrat, 39 2-4. 08024 Barcelona.