

Tabla I

	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4
Edad	5a 2m	4a 6m	8a 6m	5a
Síntoma inicial	Púrpura	Testicular	Testicular	Púrpura
Otros síntomas	Dolor abdominal Hematuria Testicular	Melenas Hematuria Púrpura	Púrpura	Testicular
Recidivas	1 brote	1 brote	1 brote	3 brotes
Evolución	sin secuelas	sin secuelas	sin secuelas	sin secuelas

estadísticamente significativas, al comparar estos 4 pacientes con el resto de niños afectados de PSH, ni en sus características clínicas, ni en la recidiva, ni en la evolución posterior en un seguimiento superior a 18 meses.

En suma, creemos de interés comunicar estos 4 casos, resaltando lo siguiente: la posibilidad de inicio de esta vasculitis con un cuadro escrotal agudo; la utilidad de la ecografía escrotal como técnica de imagen para realizar el diagnóstico diferencial con la torsión aguda del cordón espermático, evitando la exploración quirúrgica y, por último, la excelente respuesta del cuadro al tratamiento con corticoides<sup>(10)</sup>.

A. Martínez Gutiérrez<sup>1</sup>, M. Machín Valtueña<sup>2</sup>, T. Negro Mayor<sup>3</sup>, Y. Larumbe Sola<sup>1</sup>, M. Sánchez De Dios<sup>2</sup>

*An Esp Pediatr* 1998;48:103-104.

*Sr Director:*

El estreptococo beta hemolítico del grupo A, habitante normal de la nasofaringe, es el agente etiológico de la escarlatina, que precisa para su expresión cómo tal de la producción de toxina eritrogénica y de la ausencia de inmunidad antibacteriana y antitóxica por parte del huésped.<sup>(1,2)</sup>

La enfermedad se transmite por contacto directo a través de

<sup>1</sup>Residente M F y C. Centro de Salud Soria Norte. <sup>2</sup>Pediatras. Centro de Salud Soria Norte. <sup>3</sup>F.E.A. Servicio de Microbiología. Hospital del Insalud.  
Correspondencia: Asunción Martínez. C. Concepciones 3. 7b. Soria 42001.

## Bibliografía

- Cassidy and Petty. Henoch-Schönlein purpura. Textbook of Pediatric Rheumatology. Saunders Company, 1995;384-388.
- Jennette C, Falk R, Andrassy K et al. Nomenclature of systemic vasculitides: proposal of an international consensus conference. *Arthritis Rheum* 1994; **37**:187-192.
- Ilona S Szer. Henoch-Schönlein purpura. *Curr Opin Rheum* 1994; **6**:25-31.
- Barajas de Frutos D, Pedrero Vera I et al. Manifestaciones infrecuentes de la púrpura de Schönlein-Henoch. *An Esp Pediatr* 1993; **39**:498-500.
- Chamberlain RS, Greenberg LW. Scrotal involvement in Henoch-Schönlein purpura: A case report and review of the literature. *Pediatr Emerg Care* 1992; **8**:213-215.
- Singer JL, Kinsoon N, Gloor J. Acute testicular pain: Henoch-Schönlein purpura versus testicular torsion. *Pediatr Emerg Care* 1992; **8**:51-53.
- O'Brien WM, O'Connor KP, Horan JJ, Egli DP, Gibbons MD. Acute scrotal swelling in Henoch-Schönlein syndrome.- evaluation with testicular scanning. *Urology* 1993; **41**:366-368.
- Sudawoff CS, Burke M, Rifwin MD. Ultrasonographic and color Doppler imaging of haemorrhagic epididymitis in Henoch-Schönlein purpura. *J Ultrasound* 1992; **11**:619-621.
- Mills JA, Michel BA, Bloch DA et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of Henoch-Schönlein purpura. *Arthritis Rheum* 1990; **33**:1114-1121.
- Ben-Chalin J, Kovat E, Shenfeld O et al. Acute scrotum caused by Henoch-Schönlein purpura, with immediate response to short-term steroid therapy. *J Pediatr Surg* 1995; **30**:1509-1510.

## Brote de escarlatina en un Centro de Salud urbano en 1997

las gotitas de plügger y deja inmunidad duradera. La incidencia de la enfermedad en España, es de 10,95/100.000, siendo en Castilla y León 13,12/100.000.

En nuestro trabajo describimos un brote de escarlatina ocurrido en la primavera de 1997 en un Centro de Salud Urbano. Observamos durante el período de marzo de 1997 al 24 de junio de 1997, 14 casos de escarlatina en niños de 2 a 13 años.

Los niños presentaban un exantema típico, faringo-amigdalitis y frotis faríngeo con estreptococo beta-hemolítico del grupo A. El tratamiento se realizó con penicilina a dosis correctas, con una sola excepción en una alergia, en que se hizo con

eritromicina. Todos los frotis control fueron negativos, excepto en dos pacientes, que recibieron mas tratamiento. No hemos encontrado complicaciones hasta la fecha.

La tasa de ataque en la población infantil fue de 0,708%, 1,017% en niños y 0,403% en niñas. de los 14 casos, 71,4%<sup>(10)</sup> eran niños y el 28,6%<sup>(4)</sup> eran niñas. Sólo en 4 casos, se encontró una probable fuente de transmisión escolar.

En nuestro trabajo, hemos encontrado una mayor prevalencia en menores de 5 años, con claro predominio en el sexo masculino y sin fuente evidente de contagio.

Por lo tanto, aunque la escarlatina es un proceso ya conocido desde hace bastante tiempo, el hecho de que su incidencia sea baja, puede llevarnos a no pensar en ella, dentro del cuadro de los diagnósticos diferenciales de los cuadros exantemáticos y cometer el error de encuadrarlo cómo exantemas víricos, que no recibirían tratamiento, con la posibilidad de diversas complicaciones en el curso de la enfermedad.

## Bibliografía

1 Salazar, V: Infecciones Estreptocócicas. En: Tratado de Pediatría. M. Cruz Hernández. Editorial Espaxs. 1994.7ª Ed. Vol. 1:509-519.

2 Kohler, W: Epidemiology and pathogenesis of Streptococcal infection. *Immun. Infekt.* 1992; **20**:92-98.

3 Behrman R: Infecciones estreptocócicas. En: Nelson Tratado de Pediatría. R.E. Behrman, R.M. Kliegman, W Nelson, V.C. Vaughan. Ed. Interamericana. 1993; 14ed, Vol.III:844-849.

4 Pichichero ME, McInn SE, Gooch WM, Rodríguez W, Goldfarb J, Reidenberg BE: Cefitibuten vs. penicillin V in group A beta-hemolytic streptococcal pharyngitis. *Pediatr Infect Dis J.* 1995; **14**(7suppl):102-107.

5 Boletín Epidemiológico de Castilla y León. 1996; Vol. 12:2-3.

6 Gunzenhauser JD, Longfield JN, Brundage JF, Kaplan EL, Miller RN, Brandt CA: Epidemic streptococcal disease among Army trainees, July 1989 through June 1991. *J Infect Dis* 1995; **172**:124-131.

7 Briko NI, Gureeva G, Kurnetsov AN, Katantseca EM, Finkel MP, Filatov NN, Eshchina As: The manifestations of a scarlatina epidemic process in a large city and their interpretation. (Abstract). *Zh-Mikrobiol-Epidemiol-Immunobiol.* 1994; **2**:57-62.

8 Li S.: A study on atypical scarlet fever. (Abstract). *Chung-Hua-Liu-Hsing-Ping-Hsueh-Tsa-Chih.* 1990; **6**:348-351.

9 Hamour A, Bonnington A, Wilkins EG: Severe community acquired pneumonia associated with a desquamating rash due to group A beta-haemolytic streptococcus.

B. Chiclana Hoyos, C. Garrido Colino,  
Mª J. Arconada Martín, I. Jimeno Díez

*An Esp Pediatr* 1998;48:104-105.

### Sr Director:

En la era prevacunación, el sarampión era una enfermedad epidémica con ciclos bienales en áreas urbanas. La mayoría de los casos sucedían en niños preescolares y escolares pequeños, pocas personas seguían siendo susceptibles después de la adolescencia.

La vacuna antisarampión se introdujo en España, en su forma monovalente en el año 1973. Su cobertura inicialmente fue baja. En 1981 se introdujo la vacuna triple vírica observándose una disminución en la incidencia de la enfermedad conforme fue aumentando la cobertura, alcanzándose en 1995 una reducción del 95% de los casos respecto a etapas prevacunales.

## El sarampión. Una enfermedad de la infancia que se desplaza a la adolescencia

En nuestra área el número de casos de sarampión notificados durante las primeras 13 semanas del año desde 1993 a 1995 fue un total de 40 casos en el distrito de Coslada. Durante el año 1996 se detectaron 91 casos en Coslada durante el mismo período; esto nos indica una frecuencia superior a la esperada tomando como referencia la media de los tres años previos.

A continuación describimos un brote de sarampión detectado en nuestra zona básica de Salud en 1996.

Se pidió a los coordinadores de los centros de Coslada que notificaran los casos de sarampión que acudían a las consultas de forma individualizada. Entre los datos que figuran en la declaración epidemiológica individualizada están edad, sexo, antecedentes de haber padecido la enfermedad, estado vacunal y colegio al que asiste el niño. Se recogieron algunas muestras de suero para su confirmación microbiológica.

Por otro lado, a los directores de las escuelas infantiles, cole-

Centro de Salud Valleaguado. Coslada. Madrid  
Correspondencia: Beatriz Chiclana Hoyos.  
Avenida de América 50. 28028 Madrid