

- 4 Fernandez O'Dogherty S, Cozar Navarro L, Diaz Portillo J, Rubio Quiñones F, Vergara Chozas J, Atienza Contreras A. Hiperfosfatemia transitoria en la infancia. Comunicación de un caso. *An Esp Pediatr* 1990; **33**:93-95.
- 5 Ferrándiz Santos J, Taberner Carrascoso M, Navarro Falcones C. Hiperfosfatemia transitoria en la infancia. *An Esp Pediatr* 1991; **34**:251.
- 6 Ferrándiz Santos J, Navarro Falcones C, Gutiérrez Juárez J, Taberner Carrascoso M. Hiperfosfatemia transitoria en la infancia: comunicación de 5 nuevos casos. *An Esp Pediatr* 1992; **37**:417-418.
- 7 Oggero R, Mostert M, Spinello M, Javarone A, Buffa J. Transient hyperphosphatasemia of infancy. *Acta Paediatr Scand* 1988; **77**:257-259.
- 8 Wieme R.J., More or transient hyperphosphatasemia in infancy \_an insufficiently recognized syndrome. *Clin Chem* 1978; **24**:520-522.
- 9 Kraut J.R., Metrick M, Maxwell N.R, Kaplan M.M. Isoenzyme studies in transient hyperphosphatasemia of infancy. *Am J Dis Child* 1985; **139**:736-740.
- 10 Sánchez Jacob M, Escudero Gutiérrez R, Bernardo Fernández T. Hiperfosfatemia transitoria en la infancia. Dos casos simultáneos en gemelos. *An Esp Pediatr* 1991; **35**:365-366.
- 11 Denis R, Wayemberg JL, Vermenden M, Gorus F, Liebaers I, Vamos E. Hyperphosphatasemia in GM1 gangliosidosis. *J Pediatr* 1992; **120**:164.
- 12 Mogilner BM, Barak Y, Amitay M, Zlotogóra J. Hyperphosphatasemia in infantile GM1 gangliosidosis: possible association with microscopic bone marrow osteoblastosis. *J Pediatr* 1990; **117**:758-761.
- 13 Marrali V, Cutaia A, Zarbo C, Meli G, Fracapane D, Mandini A. Transient idiopathic hyperphosphatasemia in a rotavirus infection. *Minerva Pediatr* 1990; **42**:559-560.
- 14 González G, Cárdenas IE. Elevación asintomática de fosfatasas alcalina plasmática secundaria a hiperfosfatemia familiar benigna en un paciente. *Rev Med Child* 1996; **124**:1107-1110.
- 15 Panteghini M. Benign inherited hyperphosphatasemia of intestinal origin: report of two cases and brief review of the literature. *Clin Chem* 1991; **37**:1449-1452.
- 16 Alvarez-Coca J, López-Herce J, García de Frías E. Hiperfosfatemia familiar benigna. *An Esp Pediatr* 1992; **37**:331.
- 17 Barreiro Conde J, Ansed López A, Arreiros Díaz C, González Marqués J, Novo Rodríguez I, Pombo Arias M. Hiperfosfatemia familiar benigna. *An Esp Pediatr* 1992; **36**:153-154.
- 18 Carrascosa C, Parra S, Lorenzo I, Marín C, Miras M, De la Peña C, Martínez P. Hiperfosfatemia familiar de origen intestinal. *Rev Esp Enferm Dig* 1995; **87**:327-329.
- 19 Maroteaux P : Maladies osseuses de L'enfant, 2ª édition. Paris: Flammarion Medecine-Sciences 1982: 151-152.
- 20 Bujdoso G. Hyperphosphatasia-osteoectasia detected during anthropological examination. *Forensic Sci Int* 1990; **47**:229-235.
- 21 Rabe P, Haverkamp F, Emanos D, Ronkamp R, Zerres K, Passarge E. Syndrome of developmental retardation, facial and skeletal anomalies, and hyperphosphatasia in two sisters: nosology and genetics of the Coffin-Siris Syndrome. *Am J Med Genet* 1991; **41**:350-354.
- 22 Chosich N, Long F, Wong R, Topliss DJ, Stockigt JR. Post-partum hypercalcemia in hereditary hyperphosphatasia (juvenile Paget's disease). *J Endocrinol Invest* 1991; **14**:591-597.

V. Pineda Solas<sup>1</sup>, A. Domínguez García<sup>2</sup>,  
J.M. Corretger<sup>3</sup>, L. Salleras Sanmartí<sup>2</sup>

*An Esp Pediatr* 1999;50:

*Sr. Director:*

Cada vez son más las Comunidades Autónomas que recomiendan la vacunación sistemática con la contra *Haemophilus influenzae* tipo b y es por éllo que creemos de interés comunicar dos casos de fallo vacunal, hecho que nos recuerda no abandonar un exhaustivo seguimiento de esta infección a pesar de la vacunación universal de todos los niños menores de 5 años.

<sup>1</sup>Servicio de Pediatría. Hospital de Sabadell. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell. <sup>2</sup>Departamento de Sanidad y Seguridad Social. Generalitat de Cataluña. Barcelona. <sup>3</sup>Pediatra Privado. Barcelona.  
Este estudio ha sido financiado por el "Fondo de Investigación Sanitarias de la Seguridad Social". Proyecto coordinado 95/0084-01-02-03-04.

## Fallos vacunales después de la inmunización con la vacuna contra *H. influenzae* tipo b

En Cataluña, Comunidad Autónoma española de 6.000.000 de habitantes (280.083 menores de 5 años de edad), la enfermedad invasiva por *H. influenzae* (EIHI) está incluida entre las enfermedades de declaración obligatoria desde 1992. Desde su inclusión se evidenció una incidencia baja de la enfermedad, inferior a 12/100.000 niños menores de 5 años<sup>(1)</sup>, por lo que la vacunación contra esta enfermedad no está incluida en el calendario de vacunas sistemáticas. Sin embargo, desde 1994 se encuentra disponible la vacuna anti-*H. influenzae* b (Hib) en las farmacias y, por lo tanto, puede ser indicada por los pediatras. Así, en el estudio realizado por nosotros<sup>(1)</sup> en 1996 con una muestra de 557 niños escolarizados, la proporción de niños vacunados menores de 5 años fue de 32% y de 41,6% en los menores

de 3 años de edad, que es donde se concentran los casos de EHIH, proporciones que sin duda ha aumentado durante 1997 y 1998.

Presentamos dos casos de EIHI tipo b en niños menores de 5 años correctamente vacunados y aparecidos durante los años 1996-1997, período durante el cual se diagnosticaron en Cataluña 39 casos de EIHI tipo b en niños menores de 5 años. Consideramos fallo vacunal la aparición de una EIHI confirmada por un cultivo positivo de un líquido estéril más allá de dos semanas después de la vacunación contra Hib en un paciente correctamente vacunado para su edad.

Niña de 25 meses de edad sin antecedentes patológicos de interés y vacunada contra Hib a los 18 meses de edad con la vacuna Hib TITER (PRP-CRM 197, Lederle) que es diagnosticada de artritis de rodilla por Hib.

La paciente acudió a urgencias por cojera y tumefacción de rodilla derecha de pocas horas de evolución.

En el Gram de la punción articular aparecieron cocobacilos Gram (-) por lo que se inició tratamiento con cefotaxima (150 mg/k/d) y gentamicina (5 mg/k/d) por vía intravenosa. El tratamiento intravenoso se mantuvo durante 14 días para seguir después con amoxicilina/clavulánico (40 mg/k/d) oral durante tres semanas más. Paralelamente al tratamiento antibiótico se drenó la articulación en dos ocasiones con mejoría del líquido articular y negativización del Gram. Tanto el hemocultivo como el cultivo del líquido articular resultaron positivos a Hib. La evolución clínica fue favorable sin que hayan aparecido secuelas después de dos años de seguimiento. La paciente no presentó signos clínicos de inmunodeficiencia ni antes ni después de la infección.

El segundo caso era un niño de 32 meses de edad con bronquitis de repetición y vacunado contra Hib a los 20 meses de edad con la vacuna Hib TITER (PRP-CRM 197, Lederle) que es diagnosticado de neumonía por Hib. El paciente consultó por fiebre alta de tres días de evolución. El hemograma presentaba 13.300 leucocitos por mm<sup>3</sup> con un 3,2% de bandas y en la radiografía de tórax había una condensación del lóbulo inferior izquierdo. En el hemocultivo creció un Hib. La evolución clínica fue favorable tras tratamiento con ceftriaxona intravenosa (75 mg/k/d) durante 8 días y cefixima oral (8 mg/k/d) durante otros

13 días. Se determinaron los valores de inmunoglobulinas (A,G,M) y los de las subclases de IgG resultando todos normales.

En nuestra población de niños menores de 5 años con una tasa de vacunación inferior al 50%, el 7,7% de casos de EIHI tipo b se han presentado en pacientes correctamente vacunados. Porcentaje más bajo que el observado en otros estudios con una cobertura vacunal más grande. En Suiza<sup>(2)</sup> esta proporción fue del 1% en el período 1991-1993; en Canadá<sup>(3)</sup> fue del 4,9% en 1991 y del 38% en 1994; en el Reino Unido fue del 26% en el período 1992-1995 con una cobertura vacunal del 92%<sup>(4)</sup> y del 30% en 1995-1996 con una cobertura vacunal del 95%<sup>(5,6)</sup>. Por último, en EE.UU.<sup>(7)</sup> el número de casos de EIHI tipo b en pacientes vacunados fue del 24,3% en 1995, año con una cobertura vacunal del 92%. Debemos enfatizar que a pesar de la vacunación debemos mantener un exhaustivo seguimiento de esta enfermedad<sup>(8)</sup> ya que los fallos vacunales son posibles, sobre todo en pacientes con déficit de IgG o sus subclases.

## Bibliografía

- 1 Domínguez A, Latorre C, Pineda V, et al. Enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae* tipo b en Catalunya (1996). *Med Clin (Barc)* 1998; (en prensa)
- 2 Muhlemann K, Alexander ER, Weiss NS, Pepe M, Schopfer K and the Swiss H influenzae study group. *Int J Epidemiol* 1996; **25**:1280-1285.
- 3 Health Canada. Failures after immunization with *Haemophilus influenzae* type b vaccine. 1991-1995. *Can Commun Dis Rep* 1996; **22-3**:17-23.
- 4 Booy R, Heath PT, Slack MPE, Begg N, Moxon ER. Vaccine failures after primary immunisation with *Haemophilus influenzae* type-b conjugate vaccine without booster. *Lancet* 1997; **349**:1197-1202.
- 5 PHL.S. Surveillance of invasive *Haemophilus influenzae* infections in children. *Commun Dis Rep Wkly* 1997; **7**:109.
- 6 PHL.S. Vaccination coverage statistics for children up to two years of age in the United Kingdom. *Commun Dis Rep* 1997; **13**:111-112.
- 7 CDC. Progress toward elimination of *Haemophilus influenzae* type b disease among infants and children - United States 1987-1995. *MMWR* 1996; **45**:901-907.
- 8 Ligon BL. Immunization for *Haemophilus influenzae* type b: effects on mortality and morbidity in children under five years of age. *Seminars*