

como las técnicas de antigenemia (detección del Ag pp55) y la reacción en cadena de la polimerasa (PCR). En caso de cronificarse el tratamiento, es el de la anemia hemolítica crónica (inmunosupresores, esplenectomía y plasmaféresis), aunque los resultados son peores⁸.

La mortalidad en la fase aguda es muy rara. La cronificación puede producirse hasta en el 30% de los casos, pero suele estar asociada a una enfermedad subyacente como lupus eritematoso sistémico, linfoma o leucemia, y la mortalidad, por lo tanto, está vinculada a estos procesos.

**J.M. Barcia Ruiz^a, I. García Díez^b,
M. Fernández de la Mata^b, G. Mascort Vaca^a,
L. Valdivia Bautista^a y J.C. Plata Rosales^c**

Servicios de ^aPediatría, ^bHematología y ^cAnálisis Clínicos. Hospital Infanta Margarita. Córdoba. España.

Correspondencia: Dr. J.M. Barcia Ruiz.

Servicio de Pediatría. Hospital Infanta Margarita.
Avda. de Góngora, s/n. 14940 Cabra. Córdoba. España.
Correo electrónico: jmbr@arrakis.es

BIBLIOGRAFÍA

- Murray JC, Bernini JC, Bijou HL, Rossmann SN, Mahoney DH Jr, Morad AB. Infantile citomegalovirus-associated autoimmune haemolytic anemia. *J Pediatr Hematol Oncol* 2001;23:318-20.
- Hausler M, Schaade L, Hutschenreuter G, Hannig U, Kusenbach G. Severe citomegalovirus-triggered autoimmune haemolytic anemia complicating vertical acquired HIV infection. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2000;19:57-60.
- Cataldo F, Marasa R, Maltese I, Gueci G, Violante M, Albeggianni A. Autoimmune hemolytic anemia due to citomegalovirus in a 5 month-old nursing infant. *Minerva Pediatr* 1987;39:803-6.
- Kovalev IR, Sokolova-Akulova KG. Autoimmune haemolytic anemia in children in the 1st months of life. *Pediatrics* 1970;49:21-7.
- Wu J, Tang ZY, Wu YX, Li WR. Acquired citomegalovirus infection of breast milk in infant. *Chin Med J (Engl)* 1989;102:124-8.
- Lawrence RM, Lawrence RA. Given the benefits of breastfeeding, what contraindications exist? *Pediatr Clin North Am* 2001;48:235-51.
- Hamprecht K, Maschmann J, Dietz K, Speer CP, Jahn G. Epidemiology of transmission of citomegalovirus from mother to preterm infant by breastfeeding. *Lancet* 2001;357:513-8.
- McCarthy IJ, Danielson CF, Fernandez C, Skiworth E, Limiac CA, Prahlow T, et al. Intensive plasma exchange for severe autoimmune haemolytic anemia in a four-month-old infant. *J Clin Apheresis* 1999;14:190-2.

Poliartritis y fiebre botonosa mediterránea

Sr. Editor:

La fiebre botonosa mediterránea es una infección causada por *Rickettsia conorii*, transmitida por la garrapata del perro y endémica en España y toda la cuenca mediterránea. La presentación clínica más frecuente se caracteriza por la asociación de fiebre,

exantema y mancha negra, pero las formas clínicas incompletas y subclínicas representan probablemente un elevado número de pacientes¹⁻³. La artritis es una manifestación rara, que se manifiesta en menos del 2% de los pacientes³⁻⁶ y su diagnóstico etiológico puede retrasarse si la enfermedad adopta un curso clínico atípico.

Se presenta un varón de 5 años que acudió por artralgiyas migratorias generalizadas de 4 días de evolución. Una semana antes había comenzado con fiebre hasta 38 °C, vómitos, tos y odinofagia. El segundo día se asoció un exantema papuloso y pruriginoso, con predominio en cara y zona proximal de extremidades (sin afectar palmas ni plantas) que desapareció en 48 h. No refería ninguna picadura de insectos, pero vivía en una zona rural, en contacto con perros y ovejas. Al ingreso no se observaron mancha negra ni signos de inflamación articular. Las pruebas complementarias detectaron: leucocitos, 19.100/μl con hemoglobina y plaquetas normales; proteína C reactiva (PCR), 90,2 mg/dl; función hepática y renal, normales; discreta hipoalbuminemia, 2,77 g/dl, e hipergammaglobulinemia policlonal, 2,62 g/dl; las inmunoglobulinas estaban elevadas (IgG, 2.220 mg/dl; IgA, 372 mg/dl e IgM, 130 mg/dl), el complemento y el título de anticuerpos antiestreptocócicos fueron normales; el factor reumatoide y los anticuerpos antinucleares (ANA) fueron negativos, así como las serologías para virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), parvovirus B₁₉, hepatitis B y C, *Mycoplasma*, *Borrelia burgdorferi*, *Bartonella* y *Brucella*; sólo se encontraron anticuerpos con títulos significativos (1/160) por inmunofluorescencia indirecta (IFI) a *R. conorii*.

El paciente fue tratado con ibuprofeno y claritromicina oral por sospecha de infección respiratoria. Desapareció la fiebre tras 48 h de antibioticoterapia pero desarrolló inflamación articular en ambas muñecas, rodillas y tobillos el día 12 de evolución. El líquido sinovial contenía 30.400 leucocitos/μl (90% polimorfonucleares); proteínas, 4,4 g/dl; glucosa, 95 mg/dl; ausencia de cristales y cultivos negativos. Tras conocerse los resultados serológicos se continuó con claritromicina durante 7 días, con resolución de los síntomas articulares y normalización analítica una semana después de concluir el tratamiento.

El diagnóstico de fiebre botonosa mediterránea se basa en datos epidemiológicos (contacto con perros, picadura de garrapata, zona endémica), clínicos (fiebre, mancha negra y exantema maculopapular no pruriginoso, con afectación palmoplantar) y serológicos (IFI a *R. conorii* positiva con título inicial superior a 1/80 y/o seroconversión)^{5,6}. Nuestro paciente reunía el criterio epidemiológico (contacto con perros, residente en zona rural endémica de la comunidad de Madrid) y el serológico; sin embargo, las manifestaciones clínicas fueron atípicas por las características del exantema, ausencia de mancha negra y el predominio de síntomas respiratorios y articulares que retrasaron la sospecha diagnóstica. En la fiebre botonosa mediterránea la mancha negra se detecta en el 74-87% de los casos^{4,6} y tos y odinofagia están presentes en menos del 15%^{5,6}. Las manifestaciones musculoesqueléticas como artromialgias aparecen hasta en el 79% de los pacientes⁶. La artritis es excepcional y se considera una complicación rara en la mayoría de las series y revisiones^{3-6,7}, con incidencia similar en la infancia y edad adulta (1,5-1,8% de los casos). Las mejores descripciones de la artritis proceden de casos aislados, la mayoría adultos y residentes en España⁸⁻¹⁰. El patrón de afectación articular es variable, predominando la monoartritis de extremidades inferiores, aunque se han descrito formas oligoarticulares y poliarticulares. Suele aparecer hacia los 7-10 días de la enfermedad, pero se han descrito

presentaciones tardías y al inicio de la enfermedad, incluso antes del exantema y la mancha negra¹⁰. Cuando se ha analizado el líquido sinovial es moderadamente inflamatorio y el HLA-B₂₇ ha sido negativo.

En la fiebre botonosa mediterránea existe una vasculitis generalizada¹ y se han detectado inmunocomplejos circulantes e intraarticulares, crioglobulinemias mixtas, bandas monoclonales transitorias y alteraciones del complemento, inmunoglobulinas y subpoblaciones linfocitarias^{1,7}. La patogenia de la artritis no está establecida, aunque se ha relacionado con mecanismos inmunológicos¹⁰. Queremos destacar la hipergammaglobulinemia policlonal transitoria en nuestro paciente que no se ha descrito previamente.

La artritis botonosa responde a los antiinflamatorios y al tratamiento específico de la enfermedad, y se consigue la recuperación completa de la función articular.

Finalmente, señalar la importancia de incluir a la infección por *R. conorii* en el diagnóstico diferencial de la poliartritis aguda en la infancia, sobre todo en zonas endémicas y ante la posibilidad de ser las manifestaciones atípicas o incompletas.

**M.ªL. Murga Sierra, J. Ramírez Fernández,
E. Vegas Muñoz, A. Carrasco Torres
y J. Beceiro Mosquera**

Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid. España.

Correspondencia: Dra. M.ªL. Murga Sierra.
Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Príncipe de Asturias.
Ctra. Alcalá-Meco, s/n. Alcalá de Henares. 28805 Madrid. España.
Correo electrónico: mmurga@hupa.insalud.es

BIBLIOGRAFÍA

- Schüller A. Fiebre botonosa mediterránea. *An Med Interna* 1997;14:325-7.
- Mansueto S, Tringali G. Subclinical infections with boutonneuse fever in Western Sicily. *J Infect Dis* 1985;152:651.
- Cascio A, Dones P, Romano A, Titone L. Clinical and laboratory findings of boutonneuse fever in Sicilian children. *Eur J Pediatr* 1998;157:482-6.
- López Pares P, Muñoz Espín T, Espejo Arenas E, Font Creus B, Segura Porta F, Martínez Villa I, et al. Fiebre botonosa mediterránea en la infancia. Estudio prospectivo de 130 casos. *An Esp Pediatr* 1988;28:293-6.
- Jufresa J, Alegre J, Suriñach JM, Alemán C, Recio J, Juste C et al. Estudio de 86 casos de fiebre botonosa mediterránea que ingresaron en un hospital universitario. *An Med Interna* 1997;14:328-31.
- Font Creus B, Espejo Arenas E, Muñoz Espín T, Uriz Urzainqui S, Bella Cueto F, Segura Porta F. Fiebre botonosa mediterránea. Estudio de 246 casos. *Med Clín (Barc)* 1991;96:121-5.
- Segura Porta F, Font Creus B. Grupo de las fiebres manchadas. En: Farreras P, Rozman C, editors. *Medicina Interna*, 13ª ed. Madrid: Mosby-Doyma, 1995; p. 2393-8.
- Uriz MS, Gorina N, Martínez-Mejías A, López-Liñán MJ, Bella F. La artritis como complicación de la fiebre botonosa mediterránea en la infancia. *Enferm Infec Microbiol Clín* 1999;17:72-4.
- Ruiz-Lucea E, Pérez-Ruiz F, Martínez-Berriochoa A, Pérez Irababal J, Alonso-Ruiz A. Fiebre botonosa mediterránea y artritis: una asociación poco frecuente. *Rev Esp Reumatol* 1998;25: 131-3.
- Aragon A, Ceron A. Arthritis in mediterranean spotted fever. An immune complex mediated synovitis. *Br J Rheumatol* 1993;32: 642-3.

Elevada incidencia de caries no tratada en dientes permanentes entre adolescentes en riesgo social

Sr. Editor:

Durante el período de tiempo comprendido entre 1992-2001 se ha investigado la incidencia de caries no tratada en dientes permanentes entre 960 adolescentes en riesgo social (73,6% varones; edad media, 15,3 años; límites, 13-17 años) que ingresaron en centros juveniles de acogida, protección y reforma de la ciudad de Zaragoza dependientes del Instituto Aragonés de Servicios Sociales del Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales del Gobierno de Aragón. Los motivos del ingreso en un centro institucional fueron la comisión de actos delictivos (46,3%; edad media, 15,7 años; varones, 90,6%), el sufrir malos tratos y/o negligencias (25,3%; edad media, 14,7 años; varones, 50,2%), la comisión de infracciones no delictivas como fugas del hogar, comportamientos disruptivos y conductas antisociales (20,6%; edad media, 15,2 años; varones, 54,5%) y la situación de inmigrante ilegal desamparado (7,7%; edad media, 15,4 años; todos varones de origen magrebí).

A su ingreso se realizó una evaluación del estado de la salud dental siguiendo el método de investigación básico recomendado por la Organización Mundial de la Salud¹. La presencia de dientes permanentes careados no tratados fue determinada por el componente careado C y no obturado del índice CAO, marcador epidemiológico que indica el número de piezas careadas "C" no tratadas, ausentes "A" por caries y obturadas "O" por empaste en dientes definitivos.

En el grupo total de adolescentes evaluados, la incidencia de dientes permanentes careados no tratados fue del 35,7% con un valor medio de C de 1,28. La incidencia de dientes permanentes careados no tratados fue mayor en los adolescentes delincuentes (39,8%, valor medio de C, 1,57) seguido por los adolescentes maltratados (37%, valor medio de C, 1,27), inmigrantes ilegales (28,4%, valor medio de C, 0,88) e infractores (27,8%, valor medio de C, 0,69). No se objetivaron diferencias significativas por sexos en el total de adolescentes ni en sus diferentes grupos. La incidencia de dientes permanentes careados no tratados entre los adolescentes en riesgo social estudiados, especialmente en delincuentes y maltratados, fue mayor que la observada en la población normal adolescente en España^{2,3} y en otras naciones⁴.

Investigaciones previas han confirmado que la caries dental es una enfermedad asociada a la deprivación social⁵. Numerosos factores ambientales, familiares e individuales contribuyen al