

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 privación social⁵. Numerosos factores ambientales, familiares e individuales contribuyen al

elevado nivel de dientes permanentes careados no tratados en los adolescentes en riesgo social, entre los que se incluyen el pobre nivel socioeconómico y cultural, el aislamiento, desestructuración y desintegración familiar, el fallo educacional para el cuidado y los hábitos higiénicos de la salud dental, la negligencia dental deliberada por parte de padres o cuidadores, la pérdida del valor percibido de la salud dental por parte del adolescente, los malos hábitos dietéticos, el hábito tabáquico, el abuso de drogas y alcohol, la pobre higiene y estado nutricional, y la mayor prevalencia de enfermedades crónicas infecciosas y psiquiátricas⁵⁻¹⁰.

Sobre la base de los resultados de este estudio se considera que una elevada proporción de los adolescentes delincuentes, maltratados, infractores e inmigrantes ilegales de nuestra comunidad están necesitados de servicios de promoción de la salud e higiene dental y de tratamiento odontológico, y que el ingreso y estancia temporal en un centro juvenil institucional representa una oportunidad única para ofrecer dichos servicios dentales a esta población de alto riesgo social.

G. Oliván Gonzalvo

Servicios de Pediatría y Adolescencia.
Instituto Aragonés de Servicios Sociales.
Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales.
Gobierno de Aragón. Zaragoza. España.

Correspondencia: Dr. G. Oliván Gonzalvo.
Servicios de Pediatría y Adolescencia.

Avda. de las Torres 93, 1º F. 50007 Zaragoza. España.
Correo electrónico: DROLIVAN@santandersupernet.com

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. Oral Health Surveys. Basic Methods, 3.ª ed. Genève: WHO, 1987.
2. Sicilia A, Cobo J, Noguero B, Hernández R, Lucas V, Ainamo J, et al. Prevalencia de caries en niños y jóvenes escolares españoles de siete, doce y quince a diecinueve años. *Av Odontomatol* 1990;6:323-30.
3. Vargas F, Robledo de Dios T, Espiga I, Hernández R. Evaluación de la salud dental en España. *Arch Odontostom Prev Comunit* 1994;10:175-85.
4. Brown LJ, Wall TP, Lazar V. Trends in untreated caries in permanent teeth of children 6 to 18 years old. *JADA* 1999;130:1637-44.
5. Locker D. Deprivation and oral health: a review. *Community Dent Oral Epidemiol* 2000;28:161-9.
6. McCormack-Brown KR, McDermott RJ. Dental caries: Selected factors of children at risk. *Dent Assist* 1991;60:10-4.
7. Domínguez Rojas V, Astasio Arbiza P, Ortega Molina P, Gordillo Florencio E, García Núñez JA, Bascones Martínez A. Analysis of several risk factors involved in dental caries through multiple logistic regression. *Int Dent J* 1993;43:149-56.
8. Oliván Gonzalvo G. Características sociales y estado de salud de los menores que ingresan en Centros de Acogida. *An Esp Pediatr* 1999;50:151-5.
9. Oliván Gonzalvo G. Evaluación del estado de salud y nutrición de los adolescentes inmigrantes ilegales de origen magrebí. *An Esp Pediatr* 2000;53:17-20.
10. Oliván G. The health profile of Spanish incarcerated delinquent youths. *J Adolesc Health* 2001;29:384.

Valor del examen de la placenta. A propósito de un caso de meningitis neonatal

Sr. Editor:

La meningitis bacteriana, en el recién nacido, es un proceso potencialmente grave, con riesgo de secuelas importantes, que requiere un diagnóstico precoz y la instauración rápida del tratamiento adecuado¹. La identificación del microorganismo causal es de gran utilidad para elegir el tratamiento antibiótico y definir su duración.

La administración a la madre de antibióticos durante el parto, en situaciones de riesgo de infección, dificulta el aislamiento de los microorganismos responsables en el recién nacido.

De la unidad materno-placento-fetal, la placenta puede proporcionar información muy valiosa para conocer la patogénesis de algunos problemas que ocurren durante el embarazo². Además, su estudio permite identificar condiciones perinatales que explican el estado del recién nacido al nacer³.

Se presenta el caso de una gestante de 41 años que presentó rotura de membranas ovulares a las 36 6/7 semanas. El cultivo vaginal y rectal para *Streptococcus agalactiae* resultó negativo. Dos horas después del ingreso, se detectó fiebre materna (temperatura axilar: 38 °C) y se administró una dosis de penicilina (5 millones de unidades).

Al observarse signos de riesgo de pérdida de bienestar fetal y aparición de meconio en el líquido amniótico, se realizó cesárea urgente. Peso al nacimiento del recién nacido: 2.650 g. Apgar, 6/8. Gasometría umbilical, pH AU 7,22; pH VU: 7,34. Se realizó aspiración traqueal sin obtenerse meconio.

A las 2 h de vida el recién nacido presentó quejido audible, taquipnea, hipotonía y succión débil. Se realizó hemocultivo y determinaciones analíticas. Ante la presencia de datos indicativos de infección bacteriana (aumento del número de neutrófilos inmaduros y proteína C reactiva de 62,3 mg/l) se inició tratamiento antibiótico con ampicilina y gentamicina por vía intravenosa.

A las 12 h de vida presentó episodios convulsivos, por lo que se pautó fenobarbital. Se realizó punción lumbar. Examen del líquido cefalorraquídeo (LCR): proteínas totales, 5,6 g/l; glucosa, 10,80 mg/dl; leucocitos, 5.250 (60% de segmentados). En la tinción de Gram no se observaron microorganismos. En el hemocultivo no se aislaron gérmenes. El cultivo de LCR fue negativo.

En el estudio anatomopatológico detallado de la placenta se encontró la presencia de un absceso amarillento de 1 cm de diámetro en la periferia de la placa corial. En el examen microscópico se visualizó un microabsceso constituido por neutrófilos y focalmente rodeado de un infiltrado histiocitario mononuclear (fig. 1). Mediante la tinción de Dieterle se identificaron numerosas estructuras bacilares curvilíneas, altamente sugestivas de *Listeria* sp. (fig. 2); que fueron mucho menos evidentes en la tinción de Gram.

La evolución clínica fue favorable, con desaparición de las convulsiones y progresiva normalización de las características del LCR. El tratamiento antibiótico se suspendió a las 3 semanas de iniciarse.

La meningitis es la forma más frecuente de infección bacteriana intracraneal en el período neonatal. El pronóstico depende de diversos factores, como realizar un diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado. El principal responsable de este cuadro es el estreptococo del grupo B, seguido de *Escherichia coli*.