

En el desplazamiento al lugar donde ocurrieron los hechos se identificó la posible planta causante: la ruda montesina (*Ruta montana*).

El contacto de la piel con el psoraleno, junto con la acción de las radiaciones UVA comprendidas en 320-420 nm, y cierta humedad cutánea que facilite la entrada del fotosensibilizante, dará lugar en las primeras 24-48 h, dependiendo de la severidad de la reacción, desde un leve eritema hasta un importante edema con formación de vesículas y ampollas. Las lesiones se localizan en zonas de piel descubiertas, sobre todo en manos, brazos y piernas, dibujando el contacto con las hojas o tallos de la planta, dando lugar a lesiones irregulares o lineales. Generalmente las lesiones son pruriginosas y evolucionan dejando hiperpigmentación residual.

La fitofotodermatitis es una reacción inflamatoria sin base inmunitaria y se puede producir ya en un primer contacto según la concentración de la sustancia y la cantidad de radiación recibida.

El estudio de las dermatitis por plantas es complejo, requiriendo en ocasiones la colaboración de un botánico para identificar y clasificar las plantas recolectadas en el lugar de los hechos⁴.

Estas dermatitis son más frecuentes en determinadas profesiones: floristas, jardineros y agricultores⁵. También pueden presentarse en niños durante el verano tras una excursión al campo o a la piscina, ya que pueden tener contacto con determinadas plantas cultivadas o silvestres que contienen gran cantidad de psoralenos en esta época del año.

El diagnóstico no presenta dificultades si se conoce la morfología de las lesiones y se realiza una buena historia clínica.

Se debe realizar diagnóstico diferencial^{6,7} con el resto de lesiones vesiculoampollosas agudas. Así, se ha de descartar picadura de insecto, lesión herpética, impétigo en fases iniciales, dermatitis producida por diversas sustancias químicas, caso de herbicidas, pesticidas, fungicidas, con reacciones fototóxicas o fotoalérgicas producidas por medicamentos tópicos o sistémicos, perfumes o cosméticos, y por último cabe resaltar la importancia de la sospecha diagnóstica de esta entidad, puesto que puede simular abusos o malos tratos^{8,9}.

La prevención de este tipo de reacciones es difícil. Es importante identificar el tipo de plantas, para poder evitar el contacto con ellas. No queda claro el papel protector de las cremas barrera solar; en cambio, ha demostrado ser eficaz cubrirse las zonas expuestas con prendas adecuadas.

En cuanto al tratamiento¹⁰, en las lesiones agudas y supuradas se utilizarán fomentos húmedos de solución de Burow o permanganato potásico al 1/10.000; seguidamente se aplicará un corticoide tópico de baja potencia. En los casos más graves se requerirá el uso de corticoides sistémicos. Los antihistamínicos orales ayudarán a atenuar el prurito.

**M.R. Fernández Mateos, A. García Canals
y M. Llussà Arboix**

Área Básica de Salud Mataró 7. Mataró. Barcelona

BIBLIOGRAFÍA

1. Klaber R. Phytophotodermatitis. Br J Dermatol 1942; 54: 193-211.
2. Mitchell J, Rook A. Botanical dermatology: plants and plant products injurious to the skin. Vancouver: Greenglas Ltd., 1979; 26.
3. Pathak MA, Daniels F Jr, Fitzpatrick TB. The presently known distribution of furocoumarins (psoralens) in plants. J Invest Dermatol 1962; 39: 225-239.
4. Stoner JG, Rasmussen JE. Plant dermatitis. L Am Acad Dermatol 1983; 9: 1-15.
5. Santucci B, Picardo M. Occupational contact dermatitis to plants. Clin Dermatol 1992; 10: 157-166.
6. Esquinas G, González-Enseñat MA. Butllofes cutànies després de jugar al jardí sota exposició al sol. Pediatría Catalana 1997; 57: 321-322.
7. Champion RH, Burton JL, Ebling FJG. Rook-Wilkinson-Ebling textbook of dermatology. Oxford: Blackwell Scientific, 1992.
8. Dannaker CJ, Glover RA, Goltz RW. Phytophotodermatitis: a mystery case report. Clin Pediatr 1988; 27: 289-290.
9. Hill PF, Pickford M, Parkhouse N. Phytophotodermatitis mimicking child abuse. J R Soc Med 1997; 90: 560-561.
10. Fonseca Capdevila E. Dermatología pediátrica (1.ª ed.). Madrid: Grupo Aula Médica, 1997; 537-567.

Estudio de una población gitana rural en relación con la lactancia materna. ¿Una población atípica?

(An Esp Pediatr 2000; 52: 73-75)

Sr. Director:

La incorporación progresiva de la mujer al trabajo fuera de su casa y el empezar a poder disponer de productos sustitutivos de la leche materna, junto a la falta de apoyo familiar y un elevado grado de ignorancia sobre las ventajas de la lactancia materna, motivaron el abandono progresivo de esta práctica¹. Este nuevo tipo de lactancia se generalizó comenzando por los países más desarrollados y alcanzando unas 2 décadas después al resto. Esta diferencia en el tiempo respecto a los cambios en la lactancia, se apreció asimismo entre las clases superiores y las inferiores^{1,2}.

En nuestra sociedad, la población gitana representa una minoría social con unos niveles de educación, vivienda, sanidad, trabajo y economía propios en gran parte de los casos de los países subdesarrollados³. Clásicamente, los pediatras han considerado a la población gitana como un grupo étnico en el que la duración de la lactancia materna era mucho mayor que en las madres no gitanas⁴, aunque no hemos encontrado en la literatura revisada ningún trabajo que lo ponga de manifiesto.

Presentamos un estudio retrospectivo de todas las historias de los niños que acuden a la consulta de pediatría de un centro de atención primaria rural, con población gitana estable. Se eligieron los nacidos entre marzo de 1997 y octubre de 1998. Se seleccionaron 159 niños (excluidos partos gemelares; peso neonatal, < 2.500 g; edad gestacional, < 37 semanas; ingreso neonatal por cualquier motivo o serología materna positiva para el VIH). Pertenecían a la raza gitana (G) 21 de los niños y

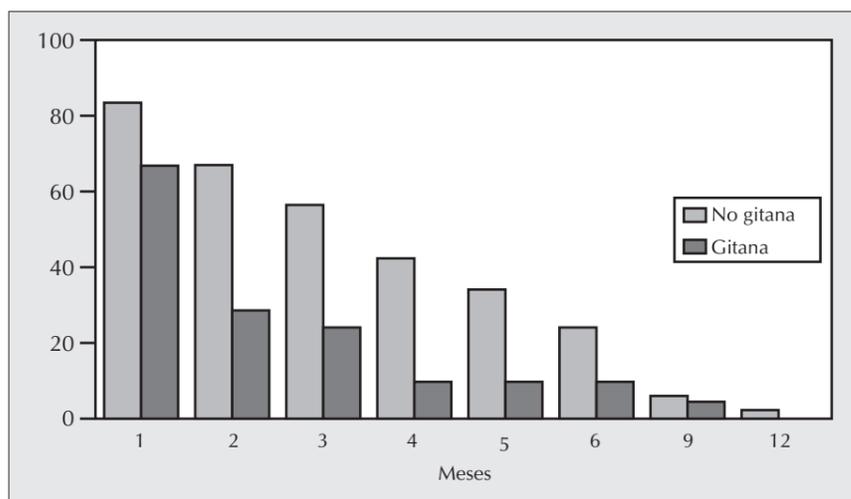


Figura 1. Prevalencia de la lactancia materna (exclusiva o mixta).

138 niños eran de raza no gitana (NG). En cada uno de ellos se analizaron las siguientes variables: edad de la madre, número de hijos, trabajo materno, peso al nacimiento, duración de la LM exclusiva en meses, percentil al cese de la LM exclusiva y duración de la lactancia mixta.

Nuestro hospital –única maternidad donde han nacido la mayoría de estos niños– cumple los 10 puntos de la iniciativa de hospitales amigos de los niños (IHAN) de la UNICEF^{5,6}, con lo que se ha obtenido un 83% de altas hospitalarias con lactancia materna exclusiva.

En la primera visita a la consulta de pediatría (15 días de vida), un 33,3% de las madres G ya no daban de mamar a su hijo, frente al 14,5% de las NG ($p = 0,055$). Respecto a la duración de la LM exclusiva, la media en las madres G fue de un mes y de 2,09 meses en las madres NG.

El abandono de la LM (exclusiva o no) entre las madres no gitanas es progresivo (al igual que en otros estudios de ámbito nacional⁷), pero en las madres gitanas se aprecia un descenso brusco entre el primer y el segundo mes, por lo que se analizaron las variables en función de ese dato (fig. 1).

La media de edad de las madres G fue de 24 años (rango de 15 a 37 años) y de 30 años en madres NG (rango, 18-40 años). Entre las madres más jóvenes (edad ≤ 20 años), todas las G (8 casos) habían abandonado la LM exclusiva antes de los 2 meses, frente al 50% de las NG (2 de 4 casos) ($p = 0,09$).

La media del número de hijos en G fue de 2,04 (máximo de 6 hijos) y de 1,51 en NG (máximo de 4 hijos). Si se trataba del primer hijo, un 100% de las madres G abandonaba la LM exclusiva antes de los 2 meses, frente al 45,3% de las NG ($p = 0,0005$).

No se apreciaron diferencias en cuanto al peso al nacimiento, pero sí influye en las madres NG el que su hijo esté en un percentil bajo como factor para iniciar la lactancia artificial. El 71% de los niños NG en percentil ≤ 10 había iniciado la lactancia artificial antes de los 2 meses, frente al 45% si estaban por encima de ese percentil ($p = 0,01$).

La variable trabajo de la madre no se pudo valorar en las madres G, ya que sólo una afirmaba trabajar fuera de casa. Entre las madres NG, un 38% trabajaba fuera de casa. No se encon-

traron diferencias en cuanto al abandono de la LM en ellas en ningún mes.

El mantenimiento y duración de la lactancia materna se ha relacionado de un modo significativo y negativamente con indicadores en relación con modernos estilos de vida, como residencia urbana, niveles altos de educación, calidad superior del alojamiento y situación familiar elevada⁸.

Un factor muy importante es el apoyo social, psicológico y familiar que se preste a la madre. La madre lactante necesita un medio ambiente de familia y amigos que en conjunto le apoye en su decisión de continuar la lactancia⁹.

Se sabe que la LM favorece una menor mortalidad, y sobre todo morbilidad, en los niños; la alimentación al pecho no sólo facilita una dieta óptima, y con ello una importante protección inmunológica, sino que también contribuye a una notable unión emocional entre la madre y el niño. Entre los numerosos beneficios de la LM se halla el nada despreciable de ser más barata. Por ello resultan más sorprendentes los resultados obtenidos en este estudio, ya que la población G estudiada tiene en general menor nivel económico que la NG.

Tal vez esta situación influye cuando se trata del segundo o siguientes hijos, madres más experimentadas y con gasto familiar más elevado, ya que en estas condiciones los porcentajes de LM son mayores, y se igualan al otro grupo de madres NG (como también ocurre en otros estudios)¹⁰.

Unido a este dato aparece la variable de la edad materna que, por el mismo motivo, sorprende que sean las más jóvenes las que tengan una prevalencia de LM tan baja, ya que aunque en la raza gitana el matrimonio de adolescentes está bien considerado, y es mejor admitido en el contexto familiar y social, en teoría sus recursos económicos serían aún menores¹¹.

Se hace necesario realizar nuevos estudios comparativos entre similares poblaciones para saber si estos resultados se repiten, y si los esfuerzos dirigidos para el inicio y mantenimiento de la LM deben ser “especialmente” orientados en estos grupos concretos de madres, como sería el caso de las madres gitanas jóvenes primíparas. Así pues, este estudio nos hace pensar que para que puedan ser eficaces las técnicas aconsejadas de la IHAN en este grupo de población, se debe trabajar con ellas y

sus familias de forma más directa y mucho antes del parto, objetivo muy difícil puesto que el seguimiento del programa de control del embarazo es también más irregular que en las no gitanas.

**M. Llanos de la Torre Quiralte^a,
C. Garijo Ayestarán^b, M.L. Poch Olivé^b
y J.A. Pérez Marrodán^b**

^aPediatra. Centro de Salud de Haro (La Rioja).

^bServicio de Pediatría. Complejo Hospitalario San Millán-San Pedro. Logroño.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ballabriga A, Carrascosa A. Lactancia materna. En: Nutrición en la infancia y adolescencia. Madrid: Ediciones Ergón S.A., 1998; 33-78.
2. Barriuso LM, Sánchez-Valverde F, Romero C, Vitoria JC. Epidemiología de la lactancia materna en el centro-norte de España. *An Esp Pediatr* 1999; 50: 237-243.
3. Álvarez G, Gallego MS, Díez-Delgado J, Morales JL, Huber LB, Ferosel J. Estudio nutricional en la población infantil de raza gitana. Premio Nestlé Mariano Benavente sobre Nutrición Infantil, 1998.
4. De Amici D, Gasparoni A, Chirico G, Bogliolo O. The influence of race on breast feeding. *Eur J Epidemiol* 1998; 14: 413-415.
5. WHO. Protecting, promoting and supporting breast feeding. The special role of maternity services. A joint WHO/UNICEF Statement. Ginebra: WHO, 1989.
6. WHO/UNICEF. Baby friendly hospital initiative Part II. Hospital level implementation, WHO/UNICEF Guidelines. Ginebra y Nueva York: WHO and UNICEF, 1992.
7. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Informe técnico sobre la lactancia materna en España. *An Esp Pediatr* 1999; 50: 333-340.
8. Forman MR. Review of research on the factors associated with choice and duration of infant feeding in less developed countries. *Pediatrics* 1984; 74 (Supl 2): 667-694.
9. Baranowski T, Bee DE, Rassen DK, Richardson CJ, Brown JP, Guenther N et al. Social support, social influence, ethnicity and the breast feeding decision. *Soc Sci and Med* 1983; 17: 1599-1611.
10. Victoria CG, Huttly SR, Barros FC, Vaughan JP. Breast feeding duration in consecutive offspring: a prospective study from southern Brazil. *Acta Pediatr* 1992; 81: 12-14.
11. Pande H, Unwin C, Haheim LL. Factors associated with the duration of breastfeeding: analysis of the primary and secondary responders to a self-completed questionnaire. *Acta Paediatr* 1997; 86: 173-177.

Infección invasiva por *Streptococcus pyogenes*

(*An Esp Pediatr* 2000; 52: 75-76)

Sr. Director:

Streptococcus pyogenes es un agente frecuente en distintos cuadros infecciosos, sobre todo en las enfermedades respiratorias, en la mayoría de los casos con una evolución benigna¹. En los últimos meses hemos objetivado un incremento importante de las infecciones invasivas por *S. pyogenes*, hecho recientemente descrito en otros países². Presentamos dos de los casos más relevantes.

Caso 1

Niña de 5 años previamente sana, quien 10 días antes de su ingreso comenzó a presentar un flujo vaginal verdoso. Cuatro días antes del ingreso presentaba lesiones perineales papulovesiculosas, de contenido claro. El día del ingreso tuvo fiebre de 39 °C y dolor localizado en la rodilla derecha con limitación para la deambulación. En la exploración clínica destacaba la presencia de moco verde en el *cavum*, lesiones papulovesiculosas en el periné y en los labios mayores y la rodilla derecha en posición antiálgica con calor y eritema; el resto de la exploración fue normal. Pruebas complementarias: hemograma con 12.000 leucocitos (94% N, 52,5% L y 1,6% M), hemoglobina de 12,2 g/dl; hematocrito del 37% y plaquetas de 260.000/μl; PCR 145 mg/ml y VSG: 78 ml primera hora. En el frotis vaginal y faríngeo y en el hemocultivo se aisló *S. pyogenes*. La resonancia magnética nuclear de rodilla derecha demostró la presencia de una osteomielitis femoral, absceso y miositis de partes blandas. Se inició tratamiento con penicilina G a altas dosis con mejoría progresiva, desapareciendo la fiebre a las 72 h, con disminución progresiva de los reactantes de fase aguda, iniciando el apoyo a los 12 días.

Caso 2

Niño de 12 años sin antecedentes de interés que presentó tos y rinorrea espesa purulenta, otalgia bilateral y fiebre elevada, comenzando en las últimas horas con vómitos alimentarios y mareo con sensación de giros de objetos a su alrededor. En la exploración física destacaba un nistagmo de grado II a la izquierda, orofaringe hiperémica con punteado purulento y en la otoscopia se objetivó la presencia de secreción purulenta bilateral más abundante en el oído derecho; el resto de la exploración fue normal. Pruebas complementarias: hemograma 15.830 leucocitos (85% N, 5% L y 9% M); hemoglobina 14,2 g/dl, hematocrito del 42%, plaquetas 330.000/μl; PCR 75 mg/dl, gasometría normal. Cultivo de exudado ótico: *S. pyogenes*. TAC de peñascos: otomastoiditis aguda bilateral. Se inició tratamiento con betalactámicos, mejorando el cuadro de laberintitis, con buena evolución posterior.

Las infecciones invasivas por *S. pyogenes* están descritas en niños como complicación de una infección habitualmente cutánea, en el contexto de una varicela, y en situación de inmunosupresión³.

En los últimos años se han descrito varios brotes de infecciones invasivas por *S. pyogenes* en niños sanos en distintas áreas geográficas⁴. Hasta el momento, no se ha definido claramente un tipo de *Streptococcus* en particular, responsable de estos cuadros clínicos, salvo en las formas graves de síndrome de shock tóxico⁵. En nuestra área sanitaria sí hemos objetivado un incremento importante de la incidencia de *S. pyogenes* en estos últimos meses en relación con otros años, lo que podría justificar estos casos de formas invasivas. Estos hechos nos deben poner en alerta, por su importancia desde el punto de vista clínico y epidemiológico y por la posibilidad de nuevos planteamientos en la estrategia terapéutica.

**B. García-Cuartero, L. Echeverría, T. Bracamonte,
A. González Vergaz, A. Maderuelo, J.M. Cea,
L.L. Carrasco y A. Arregui**
Servicio de Pediatría. Hospital Severo Ochoa.
Leganés. Madrid.