

**Correspondencia:** Dr. S. Lapeña López de Armentia.  
 Servicio de Pediatría. Hospital de León.  
 Altos de Nava, s/n. 24008 León.  
 Correo electrónico: slapena@hleoin.salud.es

## BIBLIOGRAFÍA

1. González García H, García García FM, Fernández Alonso JE, Izquierdo López B, Pino Vázquez A, Blanco Quirós A. Estudio clínico-epidemiológico de la bronquiolitis aguda. *An Esp Pediatr* 2000; 53: 520-526.
2. Bonillo Perales A, Díez-Delgado Rubio J, Ortega Montes A, Infante Márquez P, Jiménez Liria MR, Batlles Garrido Jet al. Antecedentes perinatales y hospitalización por bronquiolitis. Comparación con el Impact-RSV study group. *An Esp Pediatr* 2000; 53: 527-532.
3. American Academy of Pediatrics. Committee on Infectious Diseases. Prevention of respiratory syncytial virus infections: indications for the use of palivizumab and update on the use of RSV-IGIV. *Pediatrics* 1998; 102: 1211-1216.
4. Carbonell Estrany X, Quero Jiménez J y Comité de Estándares de la Sociedad Española de Neonatología y Junta Directiva de la Sociedad Española de Neonatología. Recomendaciones para la prevención de la infección por virus respiratorio sincitial. *An Esp Pediatr* 2000; 52: 372-374.
5. McConnochie KM. Bronchiolitis. What's in the name? *Am J Dis Child* 1983; 137: 11-13.
6. The Impact-RSV Study Group. Palivizumab, a humanized respiratory syncytial virus monoclonal antibody, reduces hospitalisation from respiratory syncytial virus infection in high-risk infants. *Pediatrics* 1998; 102: 531-537.
7. Thomas M, Bedford-Russell A, Sharland M. Hospitalisation for RSV infection in ex-preterm infants-implications for use of RSV immune globulin. *Arch Dis Child* 2000; 83: 122-127.

## Sobre la recomendación de vacunación contra la meningitis C en Cantabria

(*An Esp Pediatr* 2001; 55: 379-380)

*Sr. Editor:*

En la carta de la Comisión Asesora sobre Vacunaciones de Andalucía publicada en respuesta a un trabajo previo sobre la epidemiología de la meningitis C en Andalucía, se hace un comentario en el que se nos atribuye (literalmente): "de entre la Comunidades que han realizado la vacunación masiva, Madrid y Cantabria afirman que la vacuna de polisacáridos no es útil para la vacunación general de la población"<sup>1</sup>. Como, en lo que respecta a Cantabria, esto no es absolutamente cierto, le ruego que publique la siguiente aclaración.

El brote epidémico se detectó en Cantabria a principios de 1997 y motivó una campaña de vacunación realizada en la temporada epidemiológica anterior a la que se realizaron las campañas en casi todo el país. Fuimos de las pocas comunidades en que se superó la tasa de incidencia por el serogrupo C en la población general de 10/100.000 hab., alcanzando 21,33 casos/100.000 en los niños de 18 meses a 19 años. A principios de 1997 la tasa primaria de ataque en el citado grupo de riesgo fue de 14/100.000 hab.

La campaña de vacunación se realizó 3 semanas después de superarse la tasa primaria de ataque de 10/100.000 hab. en el grupo de riesgo, consiguiendo vacunar en 2 semanas al 93,45% de la población diana. Posteriormente se mantuvo la vacunación de los lactantes que fueran alcanzando la edad de 18 meses hasta abril de 1999, con una cobertura final del 98,75%.

La campaña disminuyó la tasa de incidencia en el grupo de riesgo desde 21,33/100.000 hab. en los 12 meses previos a cero en los 12 meses posteriores. La efectividad de la vacuna polisacárida en el primer año tras la campaña fue del 100% (todas las edades) y 3 años y medio después era del 88,6%. A partir de ese momento no podrá seguir calculándose al sumarse el efecto de la vacunación actual con la conjugada. Estos resultados mejoran los publicados en la literatura médica, y los atribuimos a la inmunidad de rebaño al haber realizado la campaña tan precozmente y con una cobertura tan alta. En todas nuestras publicaciones hemos insistido en los efectos tan buenos que pueden conseguirse con la vacuna polisacárida si se usa en forma de campaña masiva, y nunca hemos afirmado que la vacuna no sea útil utilizada de este modo. Llamamos la atención sobre el hecho de que nuestros resultados en el cuarto año tras la campaña son incluso mejores que los conseguidos en el primer año en Inglaterra y Gales con la vacuna conjugada (efectividad del 75%<sup>2</sup>), si bien no ponemos en duda la superioridad de ésta a largo plazo al inducir memoria inmunológica.

Respecto al uso de la tasa de anticuerpos bactericidas como indicativo de protección, hemos demostrado la falta de relación de este parámetro con la protección clínica. En Cantabria, al año de la vacunación, la tasa "protectora" de anticuerpos bactericidas frente a la "protección clínica" medida como efectividad vacunal fue: en niños de 18 meses a 6 años, 7,1 frente a 100%; de 6 a 12 años, 51,3 frente a 100%; y de 12 a 19 años, 81,2 frente a 100%<sup>3,4</sup>. Esto mismo ha sido señalado por otros autores, y se atribuye a la existencia de anticuerpos no bactericidas que pueden proteger al individuo a través de otros mecanismos, como la opsonofagocitosis<sup>5</sup>. Por lo tanto, la tasa de anticuerpos bactericidas infravalora, y mucho, la protección clínica conseguida.

Compartimos los argumentos expuestos por J. A. Soult en su réplica<sup>6</sup>, en el sentido de que la "hiporrespuesta" a sucesivas dosis de la vacuna polisacárida se ha encontrado en situaciones "experimentales" (lactantes menores de 18 meses, revacunaciones muy precoces, etc.) muy diferentes de las condiciones reales de utilización. En la vida real puede esperarse que una campaña vacunal detenga una situación epidémica de forma efectiva, que la vacunación sucesiva no se plantee hasta muchos años después de la inicial, y sólo para niños vacunados con más de 18 meses. En estas condiciones una segunda vacunación con vacuna polisacárida es, por lo menos, igual de efectiva que cuando se utilizó por primera vez.

Sin embargo no compartimos la sugerencia de extender la vacunación con la vacuna conjugada a los mayores de 6 años (refiriéndonos a Cantabria, donde estos niños están mayoritariamente vacunados con la polisacárida y donde no existe una situación epidémica). Cuando una vacuna se dirige contra sólo una fracción de la población de un determinado germen (en este caso el serogrupo C) el vacío generado por la intervención ("nicho ecológico") puede ser ocupado por otros gérmenes o por otro serogrupo o serotipo. Un ejemplo son las vacunas neumocócicas (polisacárida y conjugada) habiéndose comprobado un incremento en la tasa de portadores y de otitis medias por se-

rotipos no incluidos en la vacuna, lo que afortunadamente no se ha descrito para la enfermedad invasiva<sup>7</sup>. Un reciente editorial de la revista Lancet comentando la campaña contra la meningitis C de Inglaterra y Gales dice literalmente: "La introducción de una vacuna dirigida sólo contra una fracción de la población de un patógeno bacteriano debe ser considerada como un experimento a gran escala en la biología de una población bacteriana, cuyo pronóstico no puede ser completamente predicho"<sup>8</sup>. En Cantabria se ha asistido a un incremento progresivo del serogrupo B tras la campaña de 1997, actualmente con una incidencia 5 veces superior al C y mayor letalidad, y en España se está reproduciendo este patrón a una escala menor, igualándose las tasas de letalidad<sup>9</sup>. En Inglaterra y Gales se ha producido, en el mismo año de la campaña, un incremento en la incidencia de otros serogrupos (el B y el W135) que ha anulado el efecto de la vacunación, de manera que el número total de casos de enfermedad meningocócica no sólo no ha disminuido, sino que ha aumentado. Situaciones similares se han producido en otros países que hicieron campañas efectivas contra el serogrupo C usando la vacuna polisacárida (p. ej., Cuba en 1979) siendo previsible que se reproduzca en los próximos años en otras comunidades autónomas, posiblemente con mayor rapidez cuanto más efectivamente se combata el serogrupo C.

Hay que recordar que el grupo diana de la actual campaña (menores de 6 años) se ha definido basándose en su mala respuesta a la vacuna polisacárida usada anteriormente (o a que, por su edad, ni siquiera llegaron a recibirla), y que en los niños de mayor edad y adolescentes la protección de la vacuna polisacárida se prolonga durante 5-10 años. Tampoco olvidemos que para la vacuna polisacárida existen recomendaciones oficiales sobre su uso, pero no así para la vacuna conjugada, cuya utilización actual puede considerarse como un estudio experimental poscomercialización. Parece evidente su necesidad en las situaciones epidémicas o si la letalidad por el serogrupo C es mayor que la de los otros serogrupos que ocupen su lugar. Pero aparte de estos 2 casos (que corresponde definir a las autoridades sanitarias, por disponer de todos los datos epidemiológicos) cabe la posibilidad de que su uso en una situación no epidémica, y dilatadamente en el tiempo, se traduzca unos meses o años después en un simple cambio del "apellido" que se ponga a la enfermedad, pero sin afectar a la carga total de casos de sepsis y/o meningitis o a la letalidad. Sólo estudios epidemiológicos bien diseñados permitirán dar respuesta a esta incógnita en el futuro.

### A. González de Aledo Linos

Sección de Promoción de la Salud.  
Consejería de Sanidad de Cantabria.

**Correspondencia:** Dr. A. González de Aledo.  
Valdenoja 46, 7º I. 39012 Santander. Cantabria.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Comisión Asesora sobre Vacunaciones y Enfermedades Susceptibles de Vacunación en Andalucía. Vacunación antimeningocócica C de polisacáridos en Andalucía. *An Esp Pediatr* 2000; 53: 609-610.
2. Agencia Española del Medicamento, Ministerio de Sanidad y Consumo. Resumen de datos sobre reacciones adversas y eficacia de Meningitec obtenidos tras la primera fase de la campaña de vacunación en el Reino Unido. Información técnica, junio 2000.
3. González de Aledo A, García Merino J. Evaluación de la campaña de vacunación en Cantabria. Dos años de evolución epidemiológica. *Rev Esp Salud Pública* 2000; 74: 405-411.
4. González de Aledo A, García Merino J. Seroprevalencia de anticuerpos bactericidas frente al Meningococo C en Cantabria 10 meses después de la campaña de vacunación. *Rev Esp Salud Pública* 1998; 72: 365-374.
5. Perkins BA, Jonsdottir K, Briem H, Griffiths E, Plikaytis BD et al. Immunogenicity of two efficacious outer membrane protein-based serogroup B meningococcal vaccines among young adults in Iceland. *J Infect Dis* 1998; 177: 683-691.
6. Soult JA. Réplica. *An Esp Pediatr* 2000; 53: 610-612.
7. Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). Preventing pneumococcal disease among infants and young children. *MMWR* 2000; 49 (RR-09): 1-38.
8. Maiden MCJ, Spratt BG. Meningococcal conjugate vaccines: new opportunities and new challenges. *Lancet* 1999; 354: 615-616.
9. Cano R, García C, De Mateo S. Enfermedad meningocócica. Situación en España en la temporada 1998-1999. *Rev Esp Salud Pública* 2000; 74: 369-375.

## Torsión primaria del epiplón mayor en el niño

(*An Esp Pediatr* 2001; 55: 380-381)

*Sr. Editor:*

En el artículo "Torsión primaria del epiplón mayor" publicado en su número de marzo de 2001<sup>1</sup> se hace mención que el diagnóstico preoperatorio de esta entidad es excepcional. Sus autores no consideran justificada la indicación de exploraciones complementarias tan específicas y demostrativas como la tomografía computarizada (TC) ante un cuadro clínico superponible a una apendicitis aguda atípica (largo tiempo de evolución, sin fiebre alta y moderada leucocitosis). La ecografía en su experiencia no reveló hallazgos específicos.

En nuestra experiencia la ecografía es una técnica que permite sugerir el diagnóstico y su confirmación mediante TC presenta implicación terapéutica ya que puede evitarse la intervención quirúrgica pues se trata de un proceso que se autolimita espontáneamente<sup>2</sup>.

Desde 1986 en que Julien Puylaert publicó el estudio del apéndice mediante ecografía con compresión gradual se ha logrado mejorar el diagnóstico de las apendicitis agudas.

Es ampliamente aceptado que la apendicitis es un diagnóstico clínico, pero se calcula que en más de un 30% de los casos su diagnóstico es problemático por presentar síntomas atípicos. Es ante estos casos donde la ecografía tiene su indicación, permitiendo no tan sólo poder diagnosticar la apendicitis aguda, sino también otros procesos patológicos que pueden presentar un cuadro clínico similar, como la torsión del segmento lateral del epiplón mayor, comunicado por el mismo autor en 1992<sup>3,4</sup>.

En nuestro centro tenemos protocolizada la ecografía como la segunda técnica de imagen después de la radiografía simple en el dolor abdominal agudo sin síntomas y/o analítica típica de apendicitis aguda, ya que se trata de una técnica fácilmente realizable, no requiere preparación ni irradiación. Teniendo en cuenta que la TC es una técnica dependiente menos del explorador en