

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

aquellos pacientes en los que la ecografía no es concluyente o requiere confirmación diagnóstica, indicamos una TC al igual que otros autores<sup>5</sup>.

Desde 1996 hasta la actualidad se han diagnosticado 10 casos de torsión/infarto del epiplón mayor, de los cuales en 4 casos no se efectuó ningún estudio de imagen y el diagnóstico fue quirúrgico. En los últimos 6 casos se practicó ecografía detectándose la lesión con confirmación quirúrgica en 1 caso y por TC en 5 casos.

La ecografía reveló la presencia de una lesión ovalada, moderadamente hiperecótica, no compresible, adherida al peritoneo. En la TC se apreció una lesión grasa bien delimitada con imágenes lineales y/o redondeadas de hiperatenuación en su interior (figs. 1A y 1B). No se detectó ninguna anomalía apendicular ni intestinal. La localización de dichas lesiones se produjo en el cuadrante inferior derecho en 5 casos y en epigastrio en 1 caso.

Nuestros hallazgos ecográficos y de TC fueron idénticos a los comunicados por Puylaert<sup>3</sup>. Hemos constatado, al igual que dicho autor, que se trata de un proceso que se autolimita de forma espontánea, observándose mediante controles ecográficos seriales que las lesiones disminuían de tamaño y ecogenicidad hasta desaparecer (en un tiempo medio de 4-6 meses), hallazgo que se confirmó mediante TC.

Los síntomas clínicos remitieron en 48 h con analgesia y no fue necesario el ingreso de los pacientes.

Ninguno de nuestros pacientes a los que se indicó tratamiento conservador ha presentado complicaciones a corto ni largo plazo.

En conclusión:

1. La ecografía es la técnica de imagen inicial que debe realizarse ante un cuadro de dolor abdominal agudo en el niño.
2. El aspecto característico, tanto por ecografía como por TC, de esta entidad permite el diagnóstico por técnicas de imagen.
3. La torsión y el infarto de epiplón son indistinguibles radiológicamente. Esto no tiene relevancia clínica ya que ambas entidades presentan una evolución y pronóstico idénticos.
4. Aconsejamos tratamiento conservador ya que se trata de una entidad que involuociona espontáneamente.

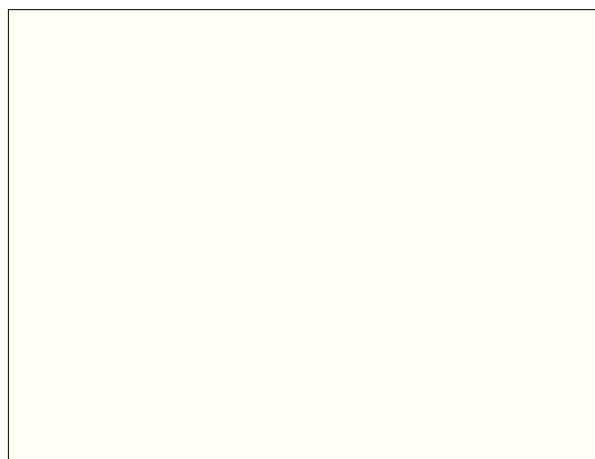
**C. Durán Feliubadaló, M. Andreu Magarolas, A. Darnell Martín y J. Ilari Rocabert**

UDIAT. Centre Diagnòstic. Unidad de Cirugía Pediátrica. Corporació Parc Taulí. Sabadell.

**Correspondencia:** Dr. C. Durán Feliubadaló.  
Corporación sanitaria Parc Taulí.  
UDIAT. Centro Diagnóstico.  
Parc Taulí, s/n. 08208 Sabadell.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Escartín Villacampa R, Elías Pollina J, Esteban Ibarz JA. Torsión primaria de epiplón mayor. *An Esp Pediatr* 2001; 54: 251-254.
2. Schnur PL, McIlrath DC, Carney JA, Whitaker LD. Segmental infarction of the greater omentum. *Mayo Clin Proc* 1972; 47: 751-755.
3. Puylaert JBCM. Right-sided segmental infarction of the omentum: Clinical, Us and CT findings. *Radiology* 1992; 185: 169-172.



**Figura 1.** **A)** Ecografía que muestra lesión ovalada adherida al peritoneo. **B)** Imagen de TC en la que se aprecia lesión grasa bien delimitada.

4. Van Breda Vriesman AC, PNM. En: Lohle EG, Coerkamp JB, Puylaert CM. Infarction of omentum and epiploic appendage: diagnosis, epidemiology and natural history. *Eur Radiol* 1999; 9: 1886-1892.
5. Sivitt CJ, Siegel MJ, Applegate KE, Kurt D. Newman. When appendicitis is suspected in children. *Radiographics* 2001; 21: 247-262.

## Angioedema hereditario

(*An Esp Pediatr* 2001; 55: 381-383)

*Sr. Editor:*

El angioedema hereditario es una enfermedad rara de transmisión autosómica dominante caracterizada por una deficiencia del inhibidor de la esterasa C1 (C1-INH)<sup>1</sup>. El C1-INH controla la actividad enzimática del primer componente del complemento y también es un inhibidor del sistema de las cininas y de otras proteasas involucradas en el sistema de coagulación y fibrinólisis<sup>2,3</sup>. Clínicamente, los síntomas comienzan en la infancia, con episodios consistentes en prurito leve, engrosamiento cutáneo o exantema tipo eritema marginado, característicamente sin urticaria