

putarizada (TC) y la RM han abolido el empleo de este tipo de técnicas^{5,8}. La TC muestra la presencia de una masa bien definida, que se origina en el cráneo o la duramadre, y presenta un coeficiente de atenuación similar al de los tejidos blandos y con marcado realce tras la administración de contraste yodado¹. La RM muestra largos tiempos de relajación en T1 y T2, comparada con la sustancia gris.

La TC y la RM son de gran utilidad en el diagnóstico de esta patología, si bien es necesaria la confirmación histológica¹.

El análisis histológico de estas lesiones muestra la presencia de queratina, folículos pilosos, glándulas sudoríparas y sebáceas, delimitadas por una capa de epitelio escamoso estratificado^{2,3,5,7,8}.

El tratamiento de estas lesiones consiste en la resección quirúrgica de las mismas, extirpando la pared del quiste, y su pronóstico es excelente⁴.

**M.ªJ. Gimeno Peribáñez, J.I. Pina Leita,
R. Lasierra Díaz y B. Carro Alonso**
Servicio de Radiodiagnóstico.
Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.
Zaragoza. España.

Correspondencia: Dra. M.ªJ. Gimeno Peribáñez.
Servicio de Radiodiagnóstico.
Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.
Avda. San Juan Bosco, 15. 50009 Zaragoza. España.
Correo electrónico: mjgimeno@comz.org

BIBLIOGRAFÍA

1. Barkovich AJ. Pediatric neuroimaging. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins; 2000.
2. Sonntag VKH, Waggner JD. Congenital dermoid cyst of the anterior fontanel in a Mexican-American. *Surg Neurol.* 1980; 13:371-3.
3. Pannell BW, Hendrick EB, Hoffman HJ, Humphreys RP. Dermoid cysts of the anterior fontanelle. *Neurosurgery.* 1982;10: 317-23.
4. Aslan Ö, Özveren F, Kotil K, Özdemir B, Kuscuoglu U, Bilge T. Congenital dermoid cyst of the anterior fontanelle in Turkish children. *Neurol Med Chir (Tokyo).* 2004;44:150-2.
5. Gellis SC, Finegold M, Adeloey A. Congenital subgaleal cyst over the anterior fontanel. *Am J Di Child* 1975;129:843-4.
6. Hamilton HB, Voorhies RM. Tumors of the skull. En: Wilkins RH, Rengachary SS, editors. *Neurosurgery.* Vol. 2. New York: McGraw-Hill; 1996. p. 1503-28.
7. Hayath S, Seetharam W, Kumari G, Dinakar I, Nightingale F. Congenital dermoid cyst over the anterior fontanelle. *Br J Clin Pract.* 1989;43:119-20.
8. Ojikutu NA, Mordi VPN. Congenital inclusion dermoid cyst located over the region of the anterior fontanel in adult Nigerians. *J Neurosurg.* 1980;52:724-7.
9. Toglia JU, Netski MG, Alexander E. Epithelial (epidermoid) tumors of the cranium. *J Neurosurg.* 1965;23:384-93.
10. Fermín S, Fernández-Guerra RA, López-Camacho O, Álvarez R. Congenital dermoid cyst of the anterior fontanel in mestizo-mulatto children. *Childs Nerv Syst.* 2001;17:353-5.

Aislamiento de enterovirus 75 en un paciente con un síndrome febril de origen desconocido

Sr. Editor:

Los enterovirus son una gran familia vírica que infecta preferentemente a la población infantil y que da lugar en la mayoría de ocasiones a procesos totalmente asintomáticos. Sin embargo, en un porcentaje no despreciable de casos los enterovirus son los agentes etiológicos más frecuentes causantes de patologías neurológicas (meningitis aséptica, encefalitis) y neuromusculares (parálisis flácida). Otra patología en la que se muestran participantes es en los síndromes respiratorios y los cuadros febriles de origen o etiología desconocida^{1,2}.

La complejidad taxonómica de los enterovirus hace que sea difícil conocer qué serotipos son los responsables de cada uno de los procesos patológicos, aunque sí se conoce el predominio de los diferentes géneros (Echovirus, Coxsackievirus A y B y Enterovirus) en algunas patologías determinadas^{1,2}.

Los enterovirus están muy distribuidos entre la población humana y el medio ambiente, de modo que progresivamente se van detectando nuevos serotipos con capacidad para infectar al ser humano². En 2004 se reconoció la capacidad del Enterovirus serotipo 75 para infectar al hombre y, desde entonces, se han descrito muy pocos casos de estas infecciones³. En España sólo se han comunicado 10 casos de infección por enterovirus 75^{4,5} y nos ha parecido oportuno presentar el caso de una niña con un síndrome febril de foco desconocido asociado a la presencia de este nuevo serotipo en el tracto respiratorio.

Niña de un mes y tres semanas de edad que acude a urgencias por presentar fiebre axilar nocturna de 38 °C desde hace unas 5 h asociada a un estado general de irritabilidad y llanto continuo. Al despertarse estaba somnolienta y decaída. Hace 1 semana había presentado un estado catarral con rinitis y tos que no había aumentado en los últimos días. No presentaba antecedentes de interés. La exploración mostró un buen estado general sin exantemas ni petequias. No se observaron alteraciones neurológicas ni focalidades significativas. La analítica sanguínea mostró 12.740 leucocitos/ μ l (el 57,7% neutrófilos y el 31,6% linfocitos), 468.000 plaquetas/ μ l y una hemoglobina de 11,5 g/dl. El resto de parámetros fue normal tanto en sangre como en orina.

La niña fue ingresada con el diagnóstico de síndrome febril de origen desconocido y se le tomaron muestras respiratorias (aspirado nasofaríngeo), para la detección rápida del virus respiratorio sincitial (VRS) y gripe y de orina y se realizó una punción lumbar. Ambas detecciones virales fueron negativas y el líquido cefalorraquídeo (LCR) mostró 2.230 eritrocitos/ μ l, 2 leucocitos/ μ l, glucosa 50 mg/dl y proteínas 0,41 g/l. Se administró paracetamol y la fiebre fue normalizándose, de modo que a los 2 días fue dada de alta con un estado afebril.

El urocultivo y el cultivo bacteriano y vírico del LCR fueron negativos; mientras que en el aspirado nasofaríngeo creció a los 3 días un enterovirus⁶. La cepa fue sembrada y enviada al centro de referencia de enterovirus e identificada mediante análisis genómico (RT-PCR) y filogenético del gen *VPI* como enterovirus serotipo 75⁴.

Aunque hasta 2004 no se propuso la denominación filogenética del enterovirus 75, los estudios retrospectivos han demostrado que este serotipo ya había circulado previamente de forma esporádica en Asia, Estados Unidos y África desde por lo me-

nos 1974^{4,7}. Sin embargo, en los últimos 5 años no se ha descrito este serotipo en Estados Unidos ni el sudeste asiático, lo cual demuestra la escasa incidencia actual del mismo^{7,8}.

Hasta el año 2007 sólo se habían identificado en nuestro país 10 casos demostrados de infección humana por enterovirus 75, todos ellos en población infantil^{4,5}. Añadiendo el presente caso, se puede observar que en 6 pacientes (54,5%) el aislamiento se realizó en el LCR de pacientes con sintomatología neurológica y en 5 casos (45,5%), en aspirados nasofaríngeos de pacientes con síndromes febriles y/o respiratorios.

Existen pocos datos sobre la incidencia del serotipo 75 en el conjunto de todos los enterovirus detectados en España, pero Reina-González et al⁵ han comunicado recientemente que en Granada representa el 2% de todos los enterovirus tipados entre 1988 y 2006 y en nuestra comunidad, el 2,5% entre los años 2005 y 2007, aunque con menor número de aislamientos. Se han comunicado casos en Bilbao, Granada, Barcelona, Canarias y ahora Baleares, lo cual parece demostrar que presenta una distribución general por todo el país^{4,5}. Coincidimos en el hecho de que este nuevo serotipo se presenta generalmente en los meses invernales. Nuestro caso se presentó en marzo, y no forma parte, al menos por ahora, de los diferentes brotes epidémicos típicos de los meses cálidos^{1,9}. La no investigación sistemática de la presencia de enterovirus en las muestras respiratorias podría ser la causa de la baja frecuencia de detección de casos por este serotipo.

El aislamiento de un enterovirus en una muestra respiratoria puede ser en ocasiones difícil de valorar clínicamente. En algunos estudios se implica a estos virus de una forma clara en las infecciones respiratorias de las vías altas, presentando una incidencia del 4-27% según la estación del año y el país del estudio^{1,2,10}. Reina et al⁹ han comunicado que el 33% de todos los enterovirus aislados en muestras respiratorias correspondían a una infección respiratoria evidente. El resto de aislamientos se repartieron entre los pacientes con sospecha de meningitis linfocitaria y síndromes febriles de etiología o foco desconocido.

En el caso que se presenta, el aislamiento del enterovirus 75 en el aspirado nasofaríngeo podría asociarse al cuadro respiratorio leve que presentó el paciente previo a su ingreso hospitalario, aunque no puede descartarse que su presencia en la faringe tan sólo determinara el desarrollo del clásico síndrome febril del lactante o una posible colonización transitoria. La buena evolución del paciente, sin necesidad de antibióticos, parece indicar la escasa patogenicidad de este serotipo viral, aunque debe recordarse que cerca del 50% de los casos descritos corresponden a infecciones del sistema nervioso central^{4,5}.

La búsqueda de enterovirus en los pacientes con un síndrome febril de etiología o foco desconocido permite establecer la causa de los mismos en algunos pacientes pediátricos^{1,9}. El aislamiento del virus, más que la detección por amplificación genómica, permitirá su identificación en cuanto a género y posterior serotipado del mismo. Aunque en estos momentos el enterovirus 75 parece ser poco prevalente, deberemos estar atentos a su posible diseminación clonal en aquellas áreas geográficas en las que ya haya sido aislado en muestras clínicas.

J. Reina^a, F. Ferres^b y G. Trallero^c

Servicios de ^aMicrobiología y ^bPediatría.

Hospital Universitario Son Dureta. Palma de Mallorca.

^cLaboratorio de Enterovirus. Centro Nacional de Microbiología. Majadahonda. Madrid. España.

Correspondencia: Dr. J. Reina.

Unidad de Virología. Hospital Universitario Son Dureta.

Andrea Doria, 55. 07014 Palma de Mallorca. España.

Correo electrónico: jreina@hds.es

BIBLIOGRAFÍA

1. Rueckert RR. Picornaviridae: the viruses and their replication. En: Fields BN, Knipe DM, Howley PM, editors. Fields virology. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers; 1996. p. 609-54.
2. Melnick JL. Enteroviruses: polioviruses, coxsackieviruses, echoviruses and newer enteroviruses. En: Fields BN, Knipe DM, Howley PM, editors. Fields virology. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers; 1996. p. 655-712.
3. Oberste MS, Michele SM, Maher K, Schnurr D, Cisterna D, Junttila N, et al. Molecular identification and characterization of two proposed new enterovirus serotypes EV74 and EV 75. J Gen Virol. 2004;85:3205-12.
4. Avellón A, Rubio G, Palacios G, Casas I, Rabella N, Reina G, et al. Enterovirus 75 and aseptic meningitis, Spain, 2005. Emerg Infect Dis J. 2006;12:1609-11.
5. Reina-González G, Pérez-Ruiz M, Avellón A, Trallero G, Otero A, de la Rosa M, et al. Enterovirus 75, un nuevo virus patógeno en nuestro medio. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2007;25: 566-9.
6. Reina J, Ballesteros F, Munar M, Mari M, Subirats M. Evaluación de diferentes muestras y líneas celulares en el aislamiento de enterovirus en pacientes pediátricos. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2000;18:116-9.
7. Khetsuriani N, Lamonte-Fowlkes A, Oberst S, Pallansch MA. Enterovirus surveillance-United States, 1970-2005. MMWR. 2006;15:1-20.
8. Tseng FC, Huang HC, Chi CY, Lin TL, Liu CC, Jian JW, et al. Epidemiological survey of enterovirus infections occurring in Taiwan between 2000 and 2005: analysis of sentinel physician surveillance data. J Med Virol. 2007;79:1850-60.
9. Reina J, Ballesteros F, Ferres F, Figuerola J, Mesquida X, Galmes M, et al. Características clínicas y virológicas de las infecciones respiratorias causadas por enterovirus. Rev Esp Pediatr. 2000;56:395-8.
10. Weigl JAI, Puppe W, Gröndahl B, Schmitt HJ. Epidemiological investigation of nine respiratory pathogens in hospitalized children in Germany using multiplex reverse-transcriptase polymerase chain reaction. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2000;19:336-43.

Las tasas de lactancia materna se pueden mejorar desde atención primaria

Sr. Editor:

Las bajas tasas de lactancia materna (LM) se están convirtiendo en un problema de salud pública en todo el mundo. En nuestro país, con tasas de LM del 20% a los 4 meses¹ el proble-