

3. Menahem S. Respiratory syncytial virus and supraventricular tachycardia in an infant. *Int J Cardiol* 1991; 32: 249-251.
4. Bairan AC, Cherry JD, Fagan LF et al. Complete heart block and respiratory syncytial virus infection. *Am J Dis Child* 1974; 127: 264-265.
5. Thomas JD, Raroque S, Scott WA, Toro-Figueroa LO, Levin DL. Successful treatment of severe dysrhythmias in infants with respiratory syncytial virus infections: two cases and a literature review. *Crit Care Med* 1997; 25: 880-886.
6. Mencía Bartolomé S, Tamariz-Martel A, Riaza Gómez M, De la Torre Espí M, Molina Cabañero JC. Miocarditis aguda: ¿un diagnóstico olvidado en las urgencias pediátricas? *An Esp Pediatr* 1999; 50: 295-298.
7. Giles TD, Gohd RS. Respiratory syncytial virus and heart disease. A report of two cases. *JAMA* 1976; 236: 1128-1130.
8. Puchkov GF, Minkovich BM. A case of respiratory syncytial infection in a child complicated by interstitial myocarditis with lethal outcome. *Arch Patol* 1972; 34: 70-73.
9. Pérez de la Cruz JM, Ruiz Cabello JS, Bolívar JE, Díaz M, Azcón P. Miocarditis en la infancia. *Arch Pediatr* 1989; 40: 239-244.
10. Friedman W, George B. Treatment of congestive heart failure by altering loading conditions of the heart. *J Pediatr* 1985; 5: 697-706.

Las inmunoglobulinas en la profilaxis de la varicela

(*An Esp Pediatr* 2000; 52: 71-72)

Sr. Director:

Hemos leído el interesante artículo de Ruiz Contreras et al¹ sobre las recomendaciones de la vacunación de la varicela en niños inmunocomprometidos, cuyo uso creemos se debe generalizar en nuestro país y convertirse en una inmunización sistemática del niño y también del adolescente y adulto susceptibles.

En el artículo se comenta la profilaxis postexposición con inmunoglobulina hiperinmune varicela zoster intravenosa; al ser un preparado que sólo está disponible a través de medicamentos extranjeros, resulta a veces difícil obtenerla con carácter urgente y además su coste es elevado.

A este respecto, queremos hacer algunas consideraciones sobre diferentes alternativas en la profilaxis postexposición: las inmunoglobulinas polivalentes o inespecíficas por vía intramuscular y por vía intravenosa.

La composición cualitativa y cuantitativa de los preparados de inmunoglobulinas es un reflejo de la del plasma del que proceden. Este hecho explica que las soluciones de inmunoglobulinas inespecíficas, obtenidas a partir de un *pool* de plasma de donantes no seleccionados, tengan una composición más variable en relación a los títulos de anticuerpos varicela-zoster que los preparados de inmunoglobulinas hiperinmunes. Estas diferencias se observan además entre las diversas especialidades comerciales, según el país de origen del plasma, y entre los diferentes lotes de una misma especialidad.

A pesar de esta variabilidad, las inmunoglobulinas inespecíficas por vía intramuscular representan una alternativa a la

inmunoglobulina hiperinmune varicela-zoster intramuscular (preparado no disponible en España desde 1994) en la profilaxis de la enfermedad. La dosis que debe utilizarse es 0,6-1,2 ml/kg (16% de contenido en proteína), equivalente a 100-200 mg/kg de proteína, en una sola dosis, administrada antes de las 96 h siguientes a la exposición y preferiblemente antes de las 48 h². El inconveniente de estos preparados es el gran volumen a administrar, que exige, en muchos casos, repartir la dosis en varios puntos de inyección.

La eficacia de las inmunoglobulinas inespecíficas por vía intravenosa en la profilaxis postexposición de la varicela no ha sido evaluada. Sin embargo, teniendo en cuenta, según nuestras observaciones³, que la concentración de anticuerpos anti-varicela en la mayoría de las especialidades intravenosas registradas en nuestro país es similar o incluso muy superior a la de la inespecífica intramuscular analizada (Globuman Berna[®]), y que la vía intravenosa ofrece ventajas farmacocinéticas (biodisponibilidad del 100% frente al 50% para la vía intramuscular y T_{máx.} inmediata frente a 7 días)⁴, es razonable pensar que la administración intravenosa de un preparado inespecífico, a la misma dosis que la inmunoglobulina inespecífica intramuscular, ofrezca al menos similar protección.

Por otra parte, hemos podido observar que hay una variabilidad importante, según la técnica utilizada, en la titulación de anticuerpos varicela zoster entre los preparados inespecíficos y el hiperinmune intravenoso con valores similares, en alguna de las técnicas empleadas³ (datos personales pendientes de publicación).

Además, queremos hacer también algunas aclaraciones referentes a las indicaciones de la profilaxis, expuestas en la tabla 2 de dicho trabajo¹.

Las indicaciones de la inmunoglobulina como *profilaxis post-exposición* al virus varicela zoster son las siguientes:

1. Niños, adolescentes y adultos, susceptibles, con alteraciones de la inmunidad.
2. Embarazadas susceptibles.
3. Recién nacidos cuya madre haya iniciado la varicela entre 5 días antes y 2 días después del parto.
4. Lactantes de 28 semanas o menos de gestación o de peso al nacimiento inferior o igual a 1.000 g.
5. Lactantes cuyas madres no tengan historia de haber presentado la varicela o sean seronegativas.
6. Adolescentes y adultos susceptibles.
7. Contactos hospitalarios susceptibles, de alto riesgo individual o epidemiológico.
8. Recién nacidos y lactantes con enfermedades cutáneas graves y extensas.

La pauta de profilaxis postexposición en la varicela en nuestro hospital contempla el uso de inmunoglobulinas inespecíficas como fármacos de primera elección, si bien en algunos casos puede ser una alternativa razonable la utilización de la vacuna antivariicela, si su administración se realiza en las primeras 72 horas después de la exposición⁵.

M. Oliveras Arenas^a y F.A. Moraga Llop^b

Servicios de ^aFarmacia y ^bPediatría.
Hospital Materno-Infantil Vall d'Hebron.
Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ruiz Contreras J, De Arístegui Fernández J, Bernacer Borja M, Sánchez de Toledo Codina J. Recomendaciones de uso de la vacuna antivariela en niños inmunocomprometidos. *An Esp Pediatr* 1999; 50: 113-118.
2. American Society of Health-System Pharmacists, Inc. Immune Globulin. En: *Drug Information*. Bethesda: AHFS, 1997; 2543.
3. Martorell M, Oliveras M, Juste C, López MT, Cabañas MJ, Barroso C. Varicella antibody content in inespecific immunoglobulin preparations. 24th European Symposium on Clinical Pharmacy. Praga, octubre 1995.
4. Paryani SG, Arvin AM, Koropchack CM, Wittek AE, Amylon MD, Dobkin MB et al. Varicella zoster antibody titers after the administration of intravenous immune serum globulin or varicella zoster immune globulin. *Am J Med* 1984; 76: 124-127.
5. Centers for Disease Control and Prevention. Prevention of Varicella: updated recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR* 1999; 48: 1-5.

Fitofotodermatitis

(*An Esp Pediatr* 2000; 52: 72-73)

Sr. Director:

La fitofotodermatitis es una reacción inflamatoria de la piel producida por el contacto con plantas capaces de sintetizar sustancias fototóxicas (furocumarinas o psoralenos) seguido de la exposición a la luz solar (rayos ultravioleta).

A continuación se presentan 7 niños de 6-8 años (5 niñas y 2 niños) más 2 jóvenes (un varón y una mujer de 20 años) de un grupo de 20, que tras un período de 12-24 horas de haber realizado una excursión, campo a través, por la sierra de Sant Mateu (Maresme/Barcelona), en un día soleado de verano, presentan lesiones en la piel de las zonas descubiertas (brazos, manos y piernas) tipo eritema, vesículas y ampollas, distribuidas de forma flagelada, lineal, indicando posible contacto externo (fig. 1). La extensión de las lesiones fue variable: una niña presentó una sola ampolla en el índice de la mano derecha, el resto presentaron lesiones múltiples en manos, brazos y piernas. El joven monitor tenía lesiones extensas en tronco, espalda y brazos, y la monitora, edema y ampollas confluentes en una mano.

La mayoría presentó prurito de intensidad variable.

El tipo de lesiones, su localización, la historia clínica de contacto con plantas y la exposición al sol, apoyan el diagnóstico de fitofotodermatitis.

Se siguió tratamiento con antisépticos, corticoides tópicos de baja potencia y antihistamínicos, según intensidad del prurito.

Las lesiones regresaron al cabo de una semana en la mayoría de los casos, si bien presentaron una hiperpigmentación residual de duración variable (3-6 semanas). Sólo los 2 monitores tuvieron una resolución más lenta de las lesiones.

Fitofotodermatitis es un término utilizado por Klüber¹ en 1942 para describir la reacción cutánea causada por el contacto con ciertas plantas y subsiguiente exposición al sol.

La molécula fotosensibilizante es la furocumarina (psoraleno), que sólo se halla presente en determinadas familias de plantas^{2,3} especialmente umbelíferas y rutáceas (tabla 1).



Figura 1. Lesiones lineales eritematosas con vesículas y ampollas en pierna derecha.

TABLA 1. Principales plantas causantes de fitofotodermatitis

Familia	Nombre botánico	Nombre común
Moráceas	<i>Ficus carica</i>	Higuera
Umbelíferas	<i>Pastinaca sativa</i>	Chirivía
	<i>Foeniculum vulgare</i>	Hinojo
	<i>Anethum graveolens</i>	Eneldo
	<i>Daucus carota</i>	Zanahoria
	<i>Petroselinum hortense</i>	Perejil
	<i>Apium graveolens</i>	Apio
Rutáceas	<i>Angelica spp.</i>	Angélica
	<i>Ruta graveolens</i>	Ruda
	<i>Ruta montana montesina</i>	Ruda
	<i>Dictamnus albus</i>	Díctamo blanco
	<i>Citrus limon</i>	Limonero
	<i>Citrus aurantium</i>	Naranja
Rosáceas	<i>Citrus aurantifolia</i>	Lima
Rosáceas	<i>Agrimonia eupatoria</i>	Agrimonia
Compuestas	<i>Achillea millefolium</i>	Milenrama
Gutíferas	<i>Hypericum perforatum</i>	Hipérico
Convolvuláceas	<i>Convolvulus arvensis</i>	Correhuela