

perior al que encontramos en otros estudios, aunque dado que no hemos hecho distinción entre los distintos tipos de cardiopatía isquémica la valoración de los datos no es comparable con los estudios de referencia.

E. López Núñez, E. Rubio Benito y C. Pérez Aznar

Centro de Salud Francia de Fuenlabrada
(Madrid).

1. The SAC/Sterling Committee of the American Heart Association. Preventing heart attack and death in patients with coronary disease. *Circulation* 1995; 92: 2-4.
2. Wood D. European and American recommendations for coronary heart disease prevention. *Eur Heart J*. 1998; 19 (Supl A): 12-19.
3. Bradley F, Morgan S, Smith H, Mant D. Preventive care for patients following myocardial infarction. *Family Practice* 1997; 14: 220-226.
4. Campbell NC, Thain J, Deans HG, Ritchie LW, Rawles JM. Secondary prevention in coronary heart disease: baseline survey of provision in general practice. *BMJ* 1998; 316: 1430-1434.
5. EUROASPIRE Study Group. A European Society of Cardiology survey of secondary prevention of coronary heart disease: Principal results. *Eur Heart J* 1997; 18: 1569-1582.
6. De Teresa, Cosin J, López Sendi JL, Oya M, Velasco JA, por el grupo de investigación del estudio PREVESE 98. Tratamiento farmacológico al alta tras un infarto agudo de miocardio en España: estudio PREVESE-98. *Rev Esp Cardiol* 1999; 52 (Supl 4); 83 [resumen].

Vasculitis asociada a la toma de biotina

Sr. Director: El término vasculitis define un grupo de enfermedades muy diferentes, que tienen en común la inflamación segmentaria de la pared de los vasos sanguíneos, tanto cutáneos como sistémicos. La forma cutánea más frecuente es la vasculitis leucocitoclástica, pudiendo ser su causa infecciones bacterianas o virales, fármacos, enfermedades autoinmunes e idiopática.

A continuación presentamos el caso de una mujer de 33 años de edad, sin antecedentes personales de interés, que acudió a nuestra consulta refiriendo dolores articulares y lesiones pruriginosas en ambas piernas. En la exploración física se pudieron objetivar una serie de pápulas purpúricas que se limitaban a las extremidades inferiores, siendo el resto de la exploración compatible con la normalidad.

La radiografía de tórax fue normal y en las pruebas de laboratorio practicadas las únicas alteraciones que objetivamos fueron una VSG de 51/86, una fracción de complemento C3 de 261 (78-180) y un fibrinógeno de 513. El hemograma y la bioquímica ordinaria eran normales, así como la inmunología solicitada (ANA, crioglobulinas, factor reumatoide, proteína C, antiestreptolisina O < 200 U/ml). Se le practicó biopsia de una de las lesiones, en la que se informaba de la presencia de alteraciones compatibles con vasculitis leucocitoclástica.

Lo interesante del caso es que el único antecedente de interés era la toma en los días previos de un producto homeopático. A posteriori se pudo comprobar que su composición química era biotina o vitamina H. Tras la retirada de dicho producto, y con una pauta descendente de prednisona, las lesiones descritas desaparecieron.

De todos es sabido que dentro de las posibles etiologías de las vasculitis están los medicamentos¹, pero la relación entre vasculitis y la toma de vitaminas ha sido descrita muy pocas veces^{2,3}.

Dado el creciente empleo y aceptación con la que cuentan los productos homeopáticos y la parafarmacia, consideramos de interés la notificación de este caso. En la inmensa mayoría de los casos la toma de esta sustancia ocurre sin notificación alguna al personal sanitario, y es por este motivo por el que deberíamos de pensar

en ellas ante cuadros de dudosa explicación.

J.I. Armendáriz^a C. Ondarra^b y L. Cascante^c

^aMédico de Familia. Centro de Salud Estella. Navarra. ^bMIR Familia. Centro de Salud Estella. Navarra. ^cDermatóloga. Hospital García Orcoyen. Estella. Navarra.

1. Smith JG Jr. Vasculitis. *J Dermatol* 1995; 22: 812-822.
2. Romaguera M, Vedia C, Bielsa I, Olivé A. Vasculitis por hipersensibilidad secundaria a vitaminas. *Aten Primaria* 1994; 13: 100-101.
3. Bear RA, Lang AP, Garvey MB. Vasculitis and vitamin abuse. *Arch Pathol Lab Med* 1982; 106: 48.

Prevalencia y factores de riesgo asociados al hábito tabáquico en estudiantes de secundaria de la ciudad de Lleida

Sr. Director: El hábito tabáquico es uno de los problemas más importantes de salud pública y la adolescencia una etapa clave en su inicio. El objetivo del estudio que realizamos fue describir la prevalencia del consumo de tabaco, así como alguno de sus factores asociados, en estudiantes de enseñanza secundaria de Lleida durante el curso 1998-1999.

Se diseñó un estudio de prevalencia y se realizó una encuesta a una muestra de 1.456 estudiantes con un cuestionario autoadministrado y anónimo que constaba de 9 preguntas relacionadas con el tabaco y una con el consumo de alcohol. La asociación del hábito tabáquico con los diferentes factores de riesgo se determinó con la odds ratio de prevalencia (OR_p). La edad media de la muestra fue de 15,7 años (DE, 2,1), el 52,1% era varón; un 66,8% había consumido tabaco, y el 34% había fumado durante el último mes. Entre los estudiantes que fumaban cada día, la media fue de 11,1 cigarrillos (DE, 6,9) no detectándose diferencias significativas por sexo.

TABLA 1. Prevalencia del hábito tabáquico según las principales variables del estudio

Variable	n/N	Prevalencia (%)	IC del 95%
Sexo			
Masculino	273/759	36,0	32,6-39,4
Femenino	243/697	34,9	31,4-38,4
Cohorte de nacimiento			
1986	5/110	4,5	0,6-8,4
1985	17/212	8,0	4,3-11,6
1984	50/233	21,4	16,1-26,6
1983	76/218	34,9	28,6-41,2
1982	112/216	51,8	45,1-58,5
1981	96/212	45,3	38,6-52,0
≤ 1980	160/255	62,7	56,8-68,6
Cursos			
1.º ESO	9/233	3,9	1,4-6,4
2.º ESO	39/246	15,8	11,2-20,3
3.º ESO	86/245	35,1	29,1-41,1
2.º BUP	54/121	44,6	35,7-53,4
2.º FP1	64/125	51,2	42,4-60,0
1.º Bachillerato	102/210	48,6	41,8-55,3
CFM	49/75	65,3	54,5-76,1
COU	47/92	51,1	40,9-61,3
2.º FP2	66/109	60,5	51,3-69,7
Tipo de centro			
Público	264/728	36,3	32,8-39,8
Concertado	252/728	34,6	31,1-38,1

n: número de fumadores; N: total de alumnos para dicha categoría; IC: intervalo de confianza del 95%; ESO: educación secundaria obligatoria; BUP: bachillerato unificado polivalente; FP1 y FP2: formación profesional de primer y segundo grado; COU: curso de orientación universitaria, y CFM: ciclo formativo medio.

Entre los factores asociados al hábito tabáquico, el que no fume ningún miembro de la familia fue un factor protector (OR_p , 0,7; IC del 95%, 0,5-0,9). Por el contrario, este hábito se asoció positivamente con el consumo de alcohol (OR_p , 8,5; IC del 95%, 6,4-11,3), con el hábito tabáquico del mejor amigo/a (OR_p , 8,4; IC del 95%, 6,5-10,9) y con que fume el padre (OR_p , 1,3; IC del 95%, 1,0-1,6); también se asoció positivamente con la edad, triplicándose de los 12 a los 14 años. En cambio, no se observó ninguna asociación con el tipo de centro, público o concertado (OR_p , 1,1; IC del 95%, 0,9-1,3), ni con el sexo (OR_p , 1,1; IC del 95%, 0,8-1,3). El haber recibido educación antitabaco tampoco se asoció con una disminución del

hábito tabáquico (OR_p , 1,0; IC del 95%, 0,8-1,2).

Se observaron diferencias respecto a la edad que tenían los estudiantes cuando fumaron por primera vez; así, los varones tenían una edad media de 12,4 años (DE, 2,5) y las mujeres de 13 años (DE, 2,0); en cuanto al tipo de estudios, los estudiantes de la reforma (ESO) se iniciaron a una edad media de 11,5 años (DE, 1,9) y los de la prerreforma a los 13,5 años (DE, 2,0). Para ambas variables las diferencias fueron estadísticamente significativas ($p < 0,0001$). La prevalencia global del 36% de fumadores está en la misma línea que otros estudios similares^{1,2} y es ligeramente superior a la prevalencia de fumadores de la población general, de 15-64 años,

que se obtuvo en Cataluña en la encuesta realizada en 1994, que fue del 35,3%³. Moncada, en un estudio realizado en Terrassa en el curso 1994-1995 entre estudiantes de 14-18 años, obtuvo unos resultados muy parecidos a los de este estudio; un 67% había fumado alguna vez y el 37% lo había hecho en el último mes².

Se observó una tendencia a igualarse las prevalencias entre ambos sexos, aunque fue ligeramente superior en los varones^{2,4}. Esta tendencia también se detectó en la encuesta realizada en 1998 en Catalunya⁵, donde se observó un aumento notable de la prevalencia en el grupo de mujeres de 15-24 años hasta alcanzar un nivel similar al de los varones.

Se deben señalar las importantes diferencias apreciadas en la prevalencia del hábito entre las distintas cohortes etarias: a mayor edad, mayor prevalencia, lo cual se corresponde con otros estudios^{1,2,4,6}. Es importante tener en cuenta el gran salto que se produce entre los 14 y 15 años (prácticamente se triplica la prevalencia) y la gran diferencia existente entre los alumnos de Formación Profesional y los de Bachilleratos y COU, donde las prevalencias, para una misma edad, son mayores en los de Formación Profesional¹. Según estos datos, la educación antitabáquica en los centros educativos tendría que comenzar antes del inicio de la educación secundaria^{2,4} y, además, se deberían replantear las actuaciones de educación antitabáquica llevadas a cabo hasta la fecha, dado que parecen no tener el efecto esperado en el alumnado.

**J.L. Bozal, A.M. Portillo
y P. Godoy**

Facultad de Medicina. Universidad de Lleida.

1. Casas J, Lorenzo S, López JP. Tabaquismo. Factores implicados en su adquisición y su mantenimiento. Med Clin (Bare) 1996; 107: 706-710.

2. Moncada A, Pérez K. Consumo de tabaco, alcohol y drogas de uso no institucionalizado en los alumnos de enseñanza media de Terrassa. *Gac Sanit* 1998; 12: 241-247.
3. Pardell H, Saltó E, Tresserras R, Juncà S, Fernández E, Vicente R et al. La evolución del hábito tabáquico en Cataluña, 1982-1994. *Med Clin (Barc)* 1997; 109: 125-129.
4. Pérula LA, Ruiz R, Lora N, Mengual P, Rodríguez FC, Espejo J. Consumo de tabaco entre la población escolar. Factores relacionados. *Gac Sanit* 1998; 12: 249-253.
5. Pla de Salut de Catalunya 1999-2001. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social 1999; 65-71.
6. Díaz E, Villalbí JR, Nebot M, Aubà J, Sanz F. El inicio del consumo de tabaco en escolares: estudio transversal y longitudinal de los factores predictivos. *Med Clin (Barc)* 1998; 110: 334-339.

Síndrome PFAPA: fiebre periódica, estomatitis aftosa, faringitis y adenitis

Sr. Director: El síndrome PFAPA cursa con ataques recurrentes de fiebre periódica, estomatitis aftosa, faringitis y adenitis de tipo cervical. Se trata de un síndrome

de difícil reconocimiento y no suficientemente conocido por los profesionales sanitarios, por lo que existen pocos datos fiables acerca de su prevalencia. Aunque el síndrome es de naturaleza benigna, genera una gran angustia familiar y la instauración de tratamientos continuados e injustificados. Fue descrito en 1940 por Reimann, quien propone el término de «enfermedad periódica» para denominar un grupo heterogéneo de enfermedades de causa desconocida, caracterizado por períodos limitados en el tiempo de enfermedad, que recurren regularmente durante varios años en individuos por lo demás sanos. En 1951 establece que la fiebre periódica es una entidad clínica hereditaria que cursa con fiebre, vómitos cíclicos, dolor abdominal y quejas somáticas en niños¹. Desde entonces han ido surgiendo varios síndromes periódicos con hechos clínicos y analíticos bien definidos: la fiebre mediterránea familiar, el angioedema hereditario, la parálisis periódica familiar y la neutropenia cíclica, entre otros.

En cuanto a las manifestaciones clínicas, se caracteriza por ser un complejo sindrómico muy hetero-

géneo en su forma de manifestarse y evolucionar, con síntomas muy variables. La fiebre se manifiesta en un 100% de los brotes, las adenopatías cervicales en un 85-88% de los pacientes, seguida de faringitis en un 72% y de estomatitis con aftas bucales en un 70% de los sujetos². Todos los pacientes presentan una serie de características comunes: a) se encuentran asintomáticos entre los períodos febriles; b) el crecimiento y desarrollo son normales, y c) los exámenes complementarios realizados para diagnosticar la enfermedad son negativos^{1,2}. Otros autores señalan además otros parámetros clínicos de utilidad entre los pacientes estudiados²⁻⁴:

– No existen familiares afectados por la enfermedad. La mayoría de los brotes comienzan antes de los 5 años. La duración media de la enfermedad es de 3,9 años (rango, 1-15 años) y la evolución natural es hacia la curación sin ningún tipo de secuela. Los brotes recurren con una media de 4-5 semanas (rango, 2-9 semanas). No existen variaciones estacionales en relación con la presentación y frecuencia de los brotes.

TABLA 1. Diagnóstico diferencial del síndrome PFAPA

Características	PFAPA	Neutropenia cíclica	Fiebre mediterránea familiar	Fiebre hiberniana familiar	Hiper-IgD	FOD
Herencia	Esporádica	Esporádica	Recesiva	Dominante	Recesiva	Esporádica
Edad inicio	< 5 años	Precoz	> 5 años	Precoz	Precoz	Cualquier edad
Periodicidad	4-6 semanas	21 días	4-8 semanas	Variable	Variable	Variable
Duración episodio	4-5 días	4-10 días	1-2 días	2-10 días	4-7 días	≥ 3 semanas
Síntomas articulares	No	No	Sí	No	Sí	Raros
Síntomas gastrointestinales	No	No	Sí	No	Sí	No
Síntomas cutáneos	No	No	Sí	No	Sí	No
Infecciones	No	Sí	No	No	No	No
Serositis	No	No	Sí	No	No	No
Leucocitosis	Sí	No	No	Sí	Ocasional	No
Neutropenia	No	Sí	No	No	No	No
IgD (U/ml)	Normal	Normal	Normal	Normal	> 100	Normal
Pronóstico	Favorable	Desfavorable	Amiloidosis	positivo, no amiloidosis	Positivo	Positivo
Tratamiento	Esteroides	G-CSF	Colchicina	Esteroides	?	Medidas HD

FOD: fiebre de origen desconocido, y medidas HD: medidas higiénico-dietéticas.