



Cólera en un niño recién nacido

Aureliano Zavala Mendoza,* Norma Leticia López Tamanaja,*
Juan José Rodríguez Zepeda,* Salvador Mendoza Domínguez*

RESUMEN

Se informa de un recién nacido de tres días de vida extrauterina que ingresó a la Unidad de Cuidados Intensivos neonatales con un cuadro de gastroenteritis y deshidratación que ocasionó su muerte 72 horas después de su ingreso. Un estudio bacteriológico identificó, como causa de la diarrea, un *V. cholerae* 01, Ogawa.

Palabras clave: Cólera, gastroenteritis, recién nacido.

SUMMARY

*A case of a newborn infant of three days age was admitted to a neonatal intensive care unit with gastroenteritis complicated with dehydration. This newborn died 72 hours after he were admitted. In the bacteriological studies was found a *V. cholerae* 01, Ogawa biotype.*

Key words: *Cholerae, diarrhoeal disease, newborn.*

La aparición de los primeros casos de cólera en México, en junio de 1991, marcó el regreso de esta enfermedad a nuestro país, después de que por muchos años había estado ausente.

Durante ese año las muertes por cólera fueron 2724. El agente etiológico identificado fue *V. cholerae* 01 del biotipo El Tor, el serotipo Inaba se encontró en 99% y el Ogawa en 1%.¹⁻³

La enfermedad se ha presentado, desde entonces, predominantemente en adultos de 25 a 44 años, y particularmente en el sexo masculino.^{4,5} En los niños menores de 5 años ha sido poco frecuente, y no hay informe alguno de esta enfermedad en niños recién nacidos. Es por esta razón que nos ha parecido de interés informar de un caso.

REPORTE DEL CASO

Se trata de una recién nacida de 3 días de edad con los siguientes antecedentes. Madre de 20 años de edad, cuarta gestación, embarazo normal de 40 semanas, parto eutócico. La niña registró un Apgar de 8/9, peso 3200 g, sin complicaciones perinatales inmediatas.

La madre presentó gastroenteritis y deshidratación, 12 horas antes del parto; no dio datos de su manejo.

También el padre de la niña y un tío paterno tuvieron gastroenteritis.

El tío requirió manejo hospitalario.

Inició su padecimiento al segundo día de vida con evacuaciones de consistencia líquida, verdes, con moco, sin sangre, en número de 5 en 12 horas. Mostró rechazo a lo que se le ofreció por vía oral; al parecer presentaba anuria desde 24 horas antes. A su ingreso a la sala de urgencias del hospital se observó en malas condiciones generales, febril, con datos de deshidratación, dificultad respiratoria, acrocianosis, hipoactivo, taquicárdico, con distensión abdominal, peristaltismo aumentado y eritema perianal. Se manejó con cargas rápidas de líquidos por vía intravenosa, esteroides, aminos y soluciones glucoalcalinizantes. Se inició manejo con asistencia ventilatoria mecánica y se trasladó a la unidad de cuidados intensivos neonatales.

Los exámenes iniciales mostraron hemoconcentración, leucocitosis con neutrofilia y aumento de bandas; la gasometría arterial dio datos de acidosis metabólica descompensada, coprocultivo negativo de rutina. Luego se informó que un cultivo en el medio de Cary-Blair (hecho en el Instituto Nacional de Referencia Epidemiológica [INDRE]) fue positivo a *V. cholerae* 01 Ogawa.

Su evolución fue tórpida; se retiró del ventilador a las 48 horas de su ingreso, pero persistieron datos de mala perfusión tisular. A las 72 horas de su ingreso presentó mayor deterioro clínico y tuvo un paro cardiorrespiratorio del que no respondió a las maniobras de reanimación.

* Médicos adscritos al Servicio de Neonatología del Hospital Regional «Lic. Adolfo López Mateos» del Instituto de Seguridad Social y Servicios para los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

DISCUSIÓN

Se desconoce si existe transmisión trasplacentaria ya que al parecer se ha informado de casos de cólera en la etapa del recién nacido. Con el antecedente de diarrea en la madre 12 horas antes del parto, es probable que el mecanismo de transmisión fue por contaminación con las heces durante el paso del niño por el canal del parto. Una de las complicaciones del cólera es la septicemia, dado que el recién nacido aún es inmunológicamente inmaduro, es mayor la probabilidad de que se presente un proceso séptico por *V. cholerae*.

Todo indica que este es el primer informe en México de un caso de cólera en un recién nacido. Con tal precedente es recomendable pensar en que esta enfermedad puede estar presente en un neonato con cuadro de gastroenteritis aguda, principalmente si proviene de un medio socioeconómico bajo y con el antecedente de diarrea en la madre o algún otro familiar, sobre todo si la madre ha presentado un cuadro diarreico agudo y deshidratación 24 horas antes del parto, también se debe plantear esta posibilidad e iniciar su manejo inmediato para evitar complicaciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Del Río ZA, Giono CS, Gutiérrez CL, Valdespino GJ. Frecuencia de aislamiento de *V. cholerae* de casos y contactos en localidades donde ha habido brotes. En: Mota HF. *Memorias del VII. Curso Internacional «Manejo efectivo de diarreas agudas y cólera»*. México: PRONACED SSA 1992.
2. *Morbilidad y mortalidad por cólera en México* 1991. México: Dirección General de Epidemiología, SSA, 1992.
3. Gutiérrez CL, García SR, Cortez OI, Rodríguez AG, Ramírez FM, Valdespino G. Biotipos característicos de la cepa mexicana de *V. cholerae* 01 en muestras de hisopo rectal aisladas en 1991. En: Mota HF. *Memorias del VII Curso Internacional «Manejo efectivo de diarreas agudas y cólera»*. México: PRONACED, SSA, 1992.
4. Situación del cólera en México, 6 de enero de 1993. En: *Informe Diario de Epidemiología*. México: Sistema Nacional de Salud 1993; 2-3.
5. Rivero BC. Cólera y otras infecciones bacterianas del aparato digestivo. *Medicine* 1992; 39: 2589-96.

Correspondencia:

Dr. Aureliano Zavala Mendoza
Jefatura de Recién nacido.
Hospital Regional «Lic. Adolfo López Mateos»
del ISSSTE.
Av. Universidad No. 1321.
Col. Florida, México, D.F. 01030

Otitis media aguda en niños con bronquiolitis. Los autores investigaron la prevalencia y la etiología de la otitis media aguda en niños afectados de bronquiolitis para determinar si la otitis media aguda en estos niños se debe siempre o principalmente al virus respiratorio sincitial, en cuyo caso el tratamiento antimicrobiano rutinario no sería adecuado.

Se estudiaron 42 niños con bronquiolitis; un 62% tenían otitis media aguda en el momento de su ingreso o la desarrollaron dentro del plazo de diez días. Un 24% tenían o eventualmente desarrollaron una otitis media con derrame. Sólo un 14% se mantuvieron libre de ambas afecciones durante todo el periodo de observación de tres semanas. En todos los pacientes con otitis media aguda se pudo aislar uno o más patógenos bacterianos de los aspirados de uno o ambos oídos medios. De 33 de estos aspirados, se aisló *Streptococcus pneumoniae* en 15, *Haemophilus influenzae* en ocho, *Moraxella catarrhalis* también en ocho y *Staphylococcus aureus* en dos. En dos aspirados del oído medio se desarrollaron dos patógenos en cada uno de ellos, y en otros dos no se desarrolló ninguno. El virus respiratorio sincitial se identificó en 17 (71%) de 24 pacientes con otitis media aguda.

Conclusión: La otitis media aguda es una complicación bacteriana en muchos niños con bronquiolitis. Por consiguiente, en pacientes con bronquiolitis y otitis media aguda asociada está indicado el tratamiento antibacteriano. (M.A. Andrade y cols., *Pediatrics* 1998; 101 (4): 617-619.) Tomado de: *MTA-Pediatría*, Vol. XX, No. 2