

## Revista Mexicana de Pediatría

Volumen  
Volume **69**

Número  
Number **5**

Septiembre-Octubre  
September-October **2002**

*Artículo:*




**Tosferina. Informe de un caso**

Derechos reservados, Copyright © 2002:  
Sociedad Mexicana de Pediatría, AC

**Otras secciones de  
este sitio:**

-  **Índice de este número**
-  **Más revistas**
-  **Búsqueda**

***Others sections in  
this web site:***

-  ***Contents of this number***
-  ***More journals***
-  ***Search***



**medigraphic.com**

## Tosferina. Informe de un caso

(Whooping-cough. A case report)

Amado Vega Lozano,\* Elvira Elvia Escobar Beristain\*\*

### RESUMEN

Se informa el caso de un lactante de dos meses de edad que presentó tos espasmódica, paroxística, de dos semanas de evolución. Ante la sospecha de tosferina, por sus manifestaciones clínicas y por no haber sido vacunado, se realizó cultivo faríngeo, el cual fue positivo a *Bordetella pertussis*. Fue tratado con eritromicina durante 14 días con respuesta favorable y sin complicaciones; tres semanas después se encontraba asintomático.

**Palabras clave.** Tosferina, *Bordetella pertussis*.

La enfermedad descrita por De Bailleau en 1578 referida por él como “tos quinta” o “quintana” fue reconocida como una enfermedad infecciosa cuando Bordet y Gengou identificaron el agente causal en 1896 al que se le denominó *Bordetella pertussis* en 1906.<sup>1</sup> Como se sabe, este germen da lugar a una infección aguda de las vías respiratorias que se manifiesta por tos espasmódica, paroxística, altamente contagiosa. Ocurre de modo endémico, aunque solía presentarse en brotes epidémicos cada 3 ó 4 años afectando a los niños, particularmente a los menores de 5 años y eventualmente adultos susceptibles.<sup>2-4</sup>

Es pertinente recordar estos datos asociados a la historia de esta enfermedad, conocida como tosferina, ante la disminución que en años recientes ha habido en la incidencia de este padecimiento en la población, a medida en que la cobertura de niños vacunados hace pensar que puede estar próxima su erradicación. Por eso se juzgó pertinente presentar el siguiente caso clínico atendido en la consulta privada.

### PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de un lactante de sexo masculino de dos meses de edad que había iniciado su enfermedad con manifes-

### SUMMARY

*A case of a male infant of two months age with paroxystic cough for two weeks, is reported. The clinical issues and due to the absence of vaccination a culture of sample obtained from pharynx was done; result was positive for Bordetella pertussis. He received treatment with erithromicine for 14 days, with satisfactory response without complications. He was observed asymptomatic three weeks after treatment.*

**Key words.** Whooping-cough, *Bordetella pertussis*.

taciones de las vías respiratorias dos semanas antes, lapso en el que había sido “multitratado”. Durante el examen clínico llamó la atención que presentaba tos paroxística, cuya frecuencia refirió la madre era de 10 a 15 veces al día; los episodios de tos se acompañaban de cianosis desde una semana antes. Con excepción de su problema en el aparato respiratorio, a la exploración física no se encontró algún otro dato importante.

Como la madre refería que no había recibido ninguna vacunación y ante la sospecha clínica de esta enfermedad, se le hizo cultivo faríngeo por duplicado: una muestra fue enviada al Laboratorio Estatal de Salud Pública del Estado de Hidalgo y la otra a un laboratorio particular. Mientras se informaba del estudio bacteriológico, una biometría hemática mostró leucocitosis (22,000 mm<sup>3</sup>) a expensas de linfocitos (55%). Una radiografía del tórax (*Figura 1*) mostró atrapamiento de aire (sobre-distensión pulmonar, abatimiento de los hemidiafragmas, costillas horizontales y discreta hiperluminocidad).

Se inició tratamiento con eritromicina, a dosis de 50 mg/kg/día, por 14 días; benzonatato por vía rectal, a razón de 8 mg/kg/día; se recomendó su aislamiento y medidas generales.

Por otro lado, se notificó el caso a Epidemiología de la SS en Tepeji del Río, quienes realizaron cultivos faríngeos en los padres y dos hermanos, de 3 y 5 años (que tenían esquema completo de vacunación) con resultados negativos. De cualesquier manera la familia recibió eritromicina durante 14 días. Las autoridades de salud lle-

\* Médico Pediatra, Director de la Clínica Infantil del Niño Dios. Tepeji del Río, Hidalgo.

\*\* Coordinador Médico y Epidemiología Zonal SSA. Tepeji del Río, Hidalgo.



**Figura 1.** Muestra atrapamiento de aire, costillas horizontales e hiperluminosidad

varon a cabo un cerco epidemiológico y tomaron cultivos a otros familiares que pudieran ser portadores; los resultados fueron negativos.

### DISCUSIÓN

A pesar del decremento en la incidencia de esta enfermedad, sobre todo a partir de las campañas periódicas de vacunación (Semana de Vacunación) esporádicamente se encuentran casos de niños afectados por esta enfermedad. En el estado de Hidalgo se reportaron tres casos y 23 en Guanajuato (que fue el de mayor incidencia), registrando el país 96 durante el 2001.<sup>5</sup> Sin embargo, cabe suponer que la incidencia puede ser mayor al número de casos notificados.

Es importante recordar que la historia natural de esta enfermedad, en su fase patogénica, se establece en tres etapas: el periodo catarral, de 7 a 14 días; el paroxístico,

de 4 a 6 semanas; y, el de convalecencia, después de la sexta semana del padecimiento. El diagnóstico bacteriológico es necesario para dictar medidas que eviten la propagación de la enfermedad, aunque cabe reconocer que el porcentaje de positividad puede variar entre 35% y 76%.<sup>6</sup>

En lo que respecta al caso que se presenta, es razonable pensar que la enfermedad se presentó en este niño porque la exigua inmunidad transplacentaria no es suficiente para proteger de la infección a un niño de dos meses, por lo que a estos niños se les considera de riesgo alto, por lo que se sugiere el empleo de vacuna DPT acelular a partir de los dos meses de edad; de hacerlo es conveniente señalar que un esquema incompleto, de dos dosis o una, no permiten al niño alcanzar títulos de anticuerpos protectores para este padecimiento.

En cuanto al tratamiento, se recomienda eritromicina a dosis de 40 a 50 mg/kg/día por 14 días y benzonatato para el control de la tos, a dosis de 8 mg/kg/día, tal como fue tratado este lactante, además se indican medidas generales y ambiente húmedo.<sup>7-9</sup> Las complicaciones pueden ser neurológicas, respiratorias o gastrointestinales; la más frecuente es la bronconeumonía.

### REFERENCIAS

1. González SN. *Infectología clínica pediátrica*. 6ª ed. México: Trillas 1997; 537-551.
2. American Academy of Pediatrics. *Committee on Infectious Diseases*. Red book. Elk Grove, Ill: American Academy of Pediatrics 1997; 544-58.
3. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. *Epidemiología* 2001; 18: (semana 52) 1-35.
4. Blak S. Epidemiology of *pertussis*. *Pediatr Infect Dis J* 1997; 16: 85-9.
5. Guris D, Strebel PM, Bardenheier B, Breman, Tashdjian R, Finch E, Warthon M. Changing epidemiology of *pertussis* in the United States: Increasing reported incidence among adolescents and adults 1990-6. *Clin Infect Dis* 1999; 28: 1230-7.
6. Francis CM, Borqué C, Del Castillo F, Diez J, García. *Tosferina*: estudio retrospectivo de los casos diagnosticados en un periodo de 15 años. *An Esp Pediatr* 1998; 49: 280-3.
7. Dodhia H, Miller E. Review of the evidence for the use erythromycin in the management of persons exposed to *pertussis*. *Epidemiol Infect* 1998; 120: 143-9.
8. Bass JW. Erythromycin for treatment and prevention of *pertussis*. *J Pediatr Infect Dis* 1986; 5: 154-7.
9. Stketee RW, Nassilak SGF, Ad Kins WNJ et al. Evidence for a high attack rate and efficacy of erythromycin prophylaxis in a *pertussis* outbreak facility for the developmentally disabled. *J Infect Dis* 1988; 157: 434-40.

Correspondencia:  
Dr. Amado Vega Lozano  
Clínica Infantil del Niño Dios,  
Tepeji del Río, Hidalgo.