



SÍNDROME COQUELUCHOIDE

Diego Saa Navia, MD
Neumólogo Pediatra.

Este término se ha empleado para denotar los signos y síntomas indistinguibles de la tos ferina, cuando no se puede demostrar la presencia de Bordetella pertusis o parapertusis, al mismo tiempo que se sospecha una infección por adenovirus.

Se han planteado dudas sobre la causa del síndrome cuando concomitantemente se demuestra la presencia de bordetella pertusis y adenovirus.

Por este motivo se han dado diversas interpretaciones a este hecho, a saber:

- A. Existe una simbiosis entre la bacteria y el virus, lo cual induce el cuadro clínico de la enfermedad.
- B. La infección por un agente aumenta la susceptibilidad a la infección por el otro.
- C. La bordetella pertusis reactiva una infección por el adenovirus que se encuentra latente en las adenoides o en otros tejidos linfoides.

En niños mayores de 2 años se ha demostrado que el virus es el responsable de los cuadros clínicos.

El género bordetella comprende tres especies, la B. pertussis, agente de la tos ferina, la B parapertusis, que produce en el niño un cuadro clínico muy parecido al de la coqueluche, y la B. bronchiséptica, causante de las broconeumonías de los roedores, de los procesos pulmonares en el perro y excepcionalmente en los seres humanos. No existe inmunidad cruzada entre estas especies de bordetella, lo cual explica que aparentemente se pueda tener la tos ferina 2 veces. Estas formas de pertusis se han llamado síndrome tosferinoso o coqueluchoide, pero los agentes no se limitan al grupo de la bordetella, sino que incluyen otros agentes como bacterias y virus.

Las bacterias que producen el síndrome son:

- B. Parapertusis
- C. Bronchisptica
- H. Influenzae
- Moraxella catarrhalis

Mycoplasma pneumoniae
Chlamydia trachomatis
Ureaplasma urealyticum y Pneumocystis carinii.

Los virus implicados en el síndrome son:

Adenovirus
V. Influenzae A y B
V. Parainfluenzae 1-4
V. Sincital respiratorio
Rinovirus
Citomegalovirus
Virus de Epstein-Barr

El cuadro clínico se caracteriza por una tos en quintas, paroxística y causante de emesis y cianosis, con intervalos breves de apnea, característicos de la tos ferina pero sin que se pueda establecer el diagnóstico de la misma. Algunos niños que han recibido la vacuna DPT presentan niveles de anticuerpos IgA secretorios insuficientes, presentando un cuadro clínico menos severo y que es capaz de activar los adenovirus latentes.

EPIDEMIOLOGÍA

El diagnóstico se establece en presencia del cuadro mencionado, secundario a una infección por bacterias o virus ya enunciados. La incidencia ha disminuído debido a las campañas de vacunación, pero en las comunidades donde esta es incompleta o la respuesta antigénica no sea adecuada, se encuentra que un 8% de los niños son susceptibles. Los síntomas son mas severos en niños menores de 3 meses, y este grupo de edad por lo general necesita ser hospitalizado. Olson y Collier aislaron adenovirus tipo 12 y 5 de exudado faríngeo de niños con tos coqueluchoide y linfocitosis marcada en el hemograma, por lo que estos autores recomiendan que los niños que consulten por tos espasmódica de más de una semana de evolución se establezca en un principio el diagnóstico de síndrome coqueluchoide y no el de tos ferina, sobre todo si los niños tienen el antecedente de haber sido inmunizados contra tos ferina.

MODO DE TRANSMISIÓN Por contacto directo al toser por las secreciones que son expulsadas.

INCUBACIÓN Generalmente 7 días.

DIAGNÓSTICO

CLÍNICO: El cuadro clínico es indistinguible si es por B. Pertusis, parapertusis, adenovirus, depende igualmente del estado de inmunización del huésped y de la edad. De manera convencional se ha dividido en tres fases.

1. Período catarral
2. Período paroxístico
3. Período de convalecencia.

Los lactantes menores de 3 meses muchas veces no manifiestan el cuadro típico del padecimiento. Es frecuente que una infección viral de las vías respiratorias altas propicie el recrudecimiento del cuadro coqueluchoide.

LABORATORIO

Al final de la fase catarral se encuentra leucocitosis con linfocitosis en el hemograma.

Anticuerpos fluorescentes para *B. pertusis*.

Cultivo de nasofaringe para *B. pertusis*.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

En el diagnóstico diferencial entran en juego diferentes padecimientos como: bronquiolitis, neumonía, F. quística, infección por *Chlamydia*, infección por citomegalovirus, malformaciones congénitas como hendidura laríngea o anillo vascular, adenopatías paratraqueales o mediastinales, TBC,

TRATAMIENTO

El tratamiento específico es con base en eritromicina a dosis de 30-50 mg/Kg/día por 10 días, este medicamento es efectivo en la fase catarral, pero cuando se usa en la etapa paroxística no cambia su evolución clínica y esto se explica por la mínima cantidad de *Bordetella pertussis* durante esta etapa, por lo tanto si se usa en la etapa catarral los antibióticos disminuyen la gravedad de las otras etapas.

En caso de intolerancia a la eritromicina se puede utilizar T. Sulfa a 10 mg/kg/día.

BIBLIOGRAFÍA

1. Olson LC. Pertusis. *Medicine* 54:427-469 1975
2. Collier AM, Connor JT, Irving WR Jr. Generalized type 5 adenovirus infection associated with the pertussis syndrome. *J. Pediatrics* 69:1073-1078, 1966.
3. Brorson JE, Malmvall BE. *Branhamella catarrhalis* and other bacteria in the nasopharynx of children with longstanding cough. *Scand.J.Infect. Dis.* 1981 13:111-113.
4. Isomura S. Efficacy and safety of acellular pertussis vaccine in Aichi Prefecture. *Pediatr Infect Dis* 1988;7:258-262.
5. Black S. Epidemiology of pertussis. *Pediatric Infect Dis J* 1997 Apr;16 (4 suppl) S85-S89.