

## VII. PREVENCIÓN SECUNDARIA

### A). DIAGNÓSTICO PRECOZ

El diagnóstico del síndrome coqueluchoide deberá apoyarse en tres criterios: A). Epidemiológico, B). Clínico, y C). de laboratorio, sustentado a su vez en la biometría hemática y las pruebas serológicas y bacteriológicas.

El diagnóstico epidemiológico es importante, debiendo investigarse si el paciente está o no vacunado y si ha estado en contacto con enfermo de tosferina o cuadro clínico similar.

El diagnóstico clínico se basará en el cuadro clínico ya analizado y se considerará a su inicio como un síndrome pertussis; constará de un cortejo sintomático de tos espasmódica, emetizante, cianosante de predominio nocturno con silbido inspiratorio.

El diagnóstico de laboratorio se inicia con biometría hemática que en 80% de los casos, revela leucocitos con linfocitosis.

Esta reacción leucocitaria se manifiesta después de iniciado el período espasmódico de la enfermedad y puede durar varias semanas. Un aumento leucocitario de 20,000 a 30,000 leucocitos por  $\text{MM}^3$  debe hacer pensar en tosferina.

### B). DIAGNÓSTICO SEROLÓGICO

Toda infección por Bordetella pertussis induce la producción de anticuerpos que se pueden demostrar en el suero del paciente una semana después del período espasmódico y en la fase de convalecencia.

La búsqueda de anticuerpos se realiza con las siguientes técnicas:

ANTICUERPOS PRECIPITANTES: Se utiliza el método de inmunodifusión en placas de agar (Técnica de Aucherlony).

ANTICUERPOS AGLUTINANTES CON EL METODO DE AGLUTINACION EN TUBO: La positividad también indica infección por Bordetella pertussis.

En ambos métodos es necesario tomar dos muestras de sangre para estudio, una en el momento de ingreso y otra quince días después.

TECNICA DE ENSAYO ENZIMATICO INMUNOESPECIFICO (ELISA): Ha sido empleada para detectar anticuerpos del tipo de la Inmunoglobulina A (IG A) específica por Bordetella pertussis, a partir de las secreciones nasofaríngeas de pacientes con este síndrome.

#### C). DIAGNOSTICO BACTERIOLOGICO

Existe una dificultad para aislar Bordetella pertussis mediante los métodos bacteriológicos habituales, siendo necesario contar para el estudio con la colaboración de un laboratorio de bacteriología que pueda hacer la siembra en medios adecuados de Bordet Gengou.

El estudio de rayos x en los estadios iniciales de la enfermedad, no tiene ningún valor debido a que no existe imagen radiológica de tosferina; en etapas mas avanzadas se describe una imagen de congestión e infiltrado parahiliar que se le ha llamado "imagen de corazón peludo".

## B) DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial se establece, sobre todo, en los inicios del padecimiento con cuadros de influenza y bronquitis. La primera es de instalación súbita y con gran ataque al estado general; en la segunda, la tos no tiene un carácter evolutivo y su duración es mucho menor.

Otro cuadro que pudiera prestarse a confusión es el desencadenado por un cuerpo extraño en laringe o traquea, sin embargo, el inicio es brusco, carece de cuadro catarral previo y el recuento de leucocitos y linfocitos es normal.

Los linfomas e infiltraciones leucémicas a ganglios pueden dar lugar a tos quintosa debido a compresión ganglionar, sin embargo, la sintomatología encontrada en estos casos (anemia, hepatoesplenomegalia, púrpura, fiebre de larga evolución, etc.) es de gran ayuda para establecer el diagnóstico diferencial, aunado a los estudios de huesos largos, biopsia de ganglio.

La fibrosis quística del páncreas puede condicionar cuadros que se confunden con el síndrome.

Recientemente se ha informado de un cuadro que se ha denominado síndrome pertussis con eosinofilia, ocasionado por Chlamydia trachomatis, cuadro que se presenta habitualmente entre las 2 y 12 semanas de edad, y que se acompaña también de conjuntivitis y otitis secretora. La biometría hemática mostrará eosinofilia con más de 300 eosinófilos en cifras absolutas, se encuentra también incremento en las cifras de IGG e IGM, el cultivo de Chlamydia será positivo en secreciones nasal y faringea y la cantidad de anticuerpos contra la Chlamydia en suero se encontrará en cifras elevadas.

Finalmente, es importante recalcar que los cuadros de endobronquitis tuberculosa deben diferenciarse de este síndrome ya que pueden simular un cuadro de tipo coqueluchoide con tos en accesos, paroxística y con otros componentes del síndrome, una buena historia clínica, la realización de un estudio,

epidemiológico (combe), la prueba del PPD, radiografías de tórax en posiciones posteroanterior y lateral, así como el estudio bacteriológico, son medios de invaluable ayuda para establecer el diagnóstico de certeza.

### C) TRATAMIENTO OPORTUNO

Puede ser dividido en dos grandes grupos, según la evolución del padecimiento.

**SINDROME COQUELUCHOIDE SIN COMPLICACIONES:** El síndrome coqueluchoide no complicado, diagnosticado a través del cuadro clínico y confirmado con el estudio bacteriológico durante la fase de transmisibilidad, amerita solo la erradicación de Bordetella pertussis y el control de los accesos de tos. El primer objetivo se lleva a cabo mediante la administración de eritromicina, ya que los estudios de Bass y Nelson han demostrado que elimina rápidamente al microorganismo, recuérdese así mismo que su administración no modifica la evolución de la enfermedad, pues las manifestaciones de la misma no están dadas por la presencia del germen, sino por la acción de sus toxinas. La dosis recomendada es de 40 mg./kg. al día, dividida en cuatro tomas con intervalo de seis horas entre cada una de ellas, por vía oral y durante 7 - 14 días. Este antimicrobiano tiene la ventaja sobre la ampicilina, tetraciclina y cloranfenicol, de producir menos alteraciones de la flora normal del organismo y consecuentemente, menos riesgo de superinfección. Los accesos túsigenos pueden ser controlados con la administración de benzonatina, a razón de 8 mg./kg. al día, dividida en 3 - 6 aplicaciones por vía oral o rectal.

Como medida, es aconsejable mantener al paciente bien hidratado ya que esto contribuirá a mejorar el flujo de las secreciones, así mismo, de vital importancia es la asistencia durante los accesos de tos, con objeto de evitar el riesgo de que durante los mismos, el paciente brocoaspire.

\ El paciente debe ser alimentado con frecuencia y en pequeñas cantidades.

) SINDROME COQUELUCHOIDE CON COMPLICACIONES: Todo niño con complicaciones deberá ser hospitalizado. La principal complicación en pacientes con el síndrome es la presencia de cuadros neumónicos por gérmenes gram positivos. En este caso deberá iniciarse manejo antimicrobiano con penicilina G sódica cristalina, a razón de 100,000 unidades/kg al día, repartida en 4 - 6 aplicaciones por vía endovenosa o intramuscular por 10 días, también será necesario tener al paciente en un ambiente húmedo con oxígeno, a una concentración que no deberá ser menor de 40%, ésta se ajustará de acuerdo con las cifras reportadas en la gasometría.