Descargado el: 13-11-2026 ISSN 1727-897X

PRESENTACIÓN DE CASO

# Síndrome de Coqueluche. Presentación de un caso

# Pertussis Syndrome. A Case Report

Alina Esther González Hermida[1] Miriam Costa Cruz[1] Eduardo Castañeda Álvarez[1]

[1] Policlínico Área V, Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba, CP: 55100

**Cómo citar este artículo:**
González-Hermida A, Costa-Cruz M, Castañeda-Álvarez E. Síndrome de Coqueluche. Presentación de un caso. **Medisur** [revista en Internet]. 2014 [citado 2026 Nov 13]; 12(5):[aprox. 4 p.]. Disponible en: https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2726

## Resumen

Síndrome coqueluchoide, pertusoide o tosferinoso, son los términos empleados para denotar los signos y síntomas indistinguibles de la tos ferina, en ausencia de exámenes de laboratorio que confirmen la presencia del germen que la provoca. Aunque en Cuba no existen casos notificados, es importante mantener la vigilancia sobre los síntomas más representativos de esta enfermedad, ya que en los últimos años se ha observado una reemergencia de la tos ferina en el mundo. Por ello, es oportuno presentar el caso de una paciente con manifestaciones respiratorias altas y tos seca, de dos semanas de evolución, síntomas que fueron aumentando en intensidad, por lo cual acudió a cuerpo de guardia del área de salud correspondiente.

**Palabras clave:** tos ferina, bordetella pertussis, informes de casos, cuba

## Abstract

Pertussis-like syndrome and whooping cough-like illness are the terms used to refer to the indistinguishable signs and symptoms of whooping cough in the absence of laboratory tests to confirm the presence of the bacteria that causes it. Although there are no reported cases in Cuba, it is important to keep paying attention to the most representative symptoms of this disease, since there has recently been a resurgence of whooping cough in the world. Therefore, it is relevant to present the case of a patient with a two-week history of upper respiratory symptoms and dry cough. These symptoms intensified, so she attended the emergency service of her health area.

**Key words:** whooping cough, bordetella pertussis, case reports, cuba

**Aprobado: 2014-06-20 13:41:50**

**Correspondencia:** Alina Esther González Hermida. Policlínico Área V. Cienfuegos alinagh671222@minsap.cfg.sld.cu

## INTRODUCCIÓN

Síndrome coqueluchoide, pertusoide o tosferinoso, son los términos empleados para denotar los signos y síntomas indistinguibles de la tos ferina, cuando no se puede demostrar la presencia de *Bordetella pertussis* (principal agente etiológico), al mismo tiempo que se sospecha una infección por otras causas. El signo fundamental del síndrome coqueluchoide, es la afección aguda del tracto respiratorio, que se caracteriza, sobre todo, por accesos de tos paroxística o quintosa.

Después de la introducción de la vacuna en la década de los 40, la incidencia de tos ferina a nivel mundial comenzó a disminuir, y alcanzó una incidencia de un caso por 100,000 habitantes entre 1980 y 1990. Sin embargo, ha ido en aumento después de la década de los 80. Entre el año 2001 y 2003 la incidencia anual más alta se encontró en los pacientes menores de un año de edad y, particularmente, en los menores de seis meses (100 casos/100,000). En años recientes se ha incrementado en adolescentes y adultos.[1]

En el año 2011, la mayor cantidad de casos se reportó en Australia (38 040) y en la India (35 217); la cifra a nivel mundial alcanzó los 162 047 casos notificados.[2]

En Cuba, gracias al programa de inmunizaciones, que abarca casi al 100 % de los niños, e incluye vacunas contra la tuberculosis, difteria, tos ferina, sarampión y *Haemophilus influenzae* tipo B, se ha logrado interrumpir la transmisión de la tos ferina, y no se reportan casos desde 1994.[3,4] No obstante, a nivel mundial, se considera una enfermedad reemergente.[5]

En el contexto de la atención primaria, las infecciones respiratorias agudas son algo cotidiano, sin embargo, el caso que se presenta es una muestra de la necesidad de mantener la vigilancia, y de no desechar ninguna posibilidad. Este artículo tiene el objetivo de describir el curso del síndrome coqueluchoide en una paciente de edad pediátrica.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

La paciente, de ocho años de edad, piel blanca y con antecedentes de aparente salud anterior, acudió al cuerpo de guardia del área de salud por presentar manifestaciones respiratorias altas y tos seca, desde hacía dos semanas, síntomas que habían aumentado en intensidad.

La madre refirió la ausencia de antecedentes de alteraciones pre y perinatales, así como de antecedentes familiares de enfermedades sistémicas crónicas y trasmisibles.

Se le indicó como tratamiento sintomático, medidas generales, abundante líquido, antipiréticos y reposo relativo, con seguimiento. Los síntomas persistieron, por lo que fue remitida a consulta de alergia en la segunda semana del primer tratamiento indicado. Se le indicó entonces prednisona-20mg: ½ tableta dos veces al día x dos días, ½ tableta una vez al día por 3 días; salbutamol 0,5 %: aerosoles cada cuatro horas; dexclorfeniramina (2 mg): ½ tableta 7:00 am y ½ tableta 3:00 pm; beclometasona *spray* (50 mcg): dos inhalaciones cada ocho horas por un mes; y evitar la ingestión de algunos alimentos: plátano, chocolate, fresa, maní, frijoles negros.

Posteriormente, hacia fines de la segunda semana llevando el tratamiento, los episodios se tornaron accesos paroxísticos de tos persistente, con rubicundez, por lo cual fue evaluada por pediatría. (Figura 1).

 ISSN 1727-897X



**Figura 1.** Se observa la paciente durante un evento de tos.

Al examen físico se constató: estado general aceptable, nivel adecuado de hidratación, piel y mucosas húmedas y con coloración normal.

Aparato respiratorio: murmullo vesicular conservado; ausencia de estertores; frecuencia respiratoria: 18 respiraciones por minuto.

Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos; ausencia de soplos; frecuencia cardiaca: 88 latidos por minuto; pulsos periféricos presentes y sincrónicos; buen llenado capilar.

Abdomen plano, suave, depresible, no doloroso a la palpación, superficial ni profunda; ausencia de visceromegalia; ruidos hidroaéreos presentes.

Sistema nervioso central: la paciente se mostró consciente, orientada en tiempo, espacio y persona; pupilas isocóricas; ausencia de signos meníngeos.

Dada la sintomatología y no mejoría de la paciente con los tratamientos anteriores, se realizó diagnóstico de tos ferina. Se le indicó tratamiento con macrólidos (azitromicina) a razón de 10 mg/Kg/ día (dosis total 250 mg/ día por seis días). Se suspendió medicación previa.

Se le dio seguimiento tras ingreso domiciliario. Aproximadamente en una semana la tos mejoró, se tornó húmeda, y la paciente se mostró clínicamente mejor.

Para la elaboración y divulgación del informe, así como para la toma de evidencia gráfica, se contó con el consentimiento de la madre de la niña.

## DISCUSIÓN

El CDC establece como caso confirmado por clínica aquel paciente con cuadro de tos de más de dos semanas de duración que se acompañe de paroxismos, estridor o vómito posterior, sin otra causa aparente y sin prueba de laboratorio confirmatoria. No obstante, otros elementos o condiciones a tener en cuenta para el

diagnóstico, son: dos o menos dosis de vacuna DPT (vacuna combinada contra difteria, pertusis o tosferina y tétanos) administrada, lactante menor de seis meses con cuadro de tos quintosa, leucograma con linfocitosis, crisis severas (cianosis) o moderadas (rubicundez) de tos quintosa a cualquier edad y tos quintosa y contactos con pacientes con tosferina.[6] En la paciente presentada, los signos para establecer el diagnóstico fueron los eventos de tos persistente, que se mantuvieron incluso luego de aplicarse terapia por especialidad de alergología. Es por ello que solo puede hablarse de síndrome coqueluchoide, no así de tos ferina propiamente dicha, al no haberse hecho prueba de laboratorio confirmatoria (cultivo, reacción en cadena de la polimerasa (RCP), inmunofluorescencia directa (IFD), detección de anticuerpos específicos en el suero de los individuos infectados, fundamentalmente por ensayos inmunoenzimáticos tipo ELISA).

La tos ferina tiene varias fases de evolución: 1) fase silente o periodo de incubación, que dura de siete a diez días; 2) fase catarral, con secreción nasal, fiebre baja, tos leve ocasional que puede durar de una a dos semanas, en esta etapa el riesgo de contagio es mayor; 3) fase paroxística que puede durar de una a seis semanas y extenderse hasta diez, caracterizada por accesos de tos rápida seguida de un silbido al respirar, vómito y agotamiento después de los accesos; fase de convalecencia, que dura de dos a tres semanas, durante las cuales las personas son susceptibles a otras infecciones respiratorias, la recuperación es gradual, se alivia la tos pero pueden regresar los accesos. Las crisis pueden ser leves (sin rubicundez ni cianosis), moderadas (rubicundez) o severas (cianosis).[5] En nuestra paciente, el diagnóstico se hizo en la fase paroxística y las crisis nunca llegaron a ser severas, sino moderadas, lo que permitió seguir el caso en la atención primaria de salud.

La inmunización puede ser mediante vacuna de células enteras o mediante vacuna antipertusis acelular. En Cuba se usa la primera, incluida en la vacuna pentavalente que se administra a los dos, cuatro, seis y dieciocho meses; su inmunogenicidad es superior al 80 % tras recibir tres dosis de vacuna, muy reactogénica después de los dieciocho meses. La duración de la inmunidad es variable: a los dos años disminuyen los anticuerpos, entre 7 y 12 años desaparece el 50 % de los anticuerpos.[5]

Existen razones para la reemergencia de *B. pertussis*, más marcada en adolescentes y adultos, aun en países con alta cobertura de vacunación: las coberturas de vacunación subóptimas; la eficacia de la vacuna, luego de la tercera dosis, se estima en un 70-90 %; la inmunidad, tanto por la enfermedad natural como por la vacuna, se perdería considerablemente tras 5-8 años posteriores al último refuerzo de vacunación por lo que queda un número de niños y adultos susceptibles, que son el real reservorio de la enfermedad y fuente de trasmisión para los no vacunados; cambios en la edad de afectación de casos, con cuadros clínicos atípicos, sin diagnóstico o con diagnóstico tardío; nuevas variantes de *B. pertussis*: los aislamientos en población europea y en América, detectaron la circulación de cepas de *B. pertussis* antigénicamente diferentes a las cepas vacunales.[7]

Aunque nuestra paciente no presentó complicaciones, sí se plantean varias, algunas provocadas por *Bordetella pertussis* y otras causadas por los eventos paroxísticos: bronconeumonía, hemorragia subconjuntival, hernias, epistaxis y petequias, úlceras del frenillo, prolapso rectal, ruptura diafragmática, dilatación de cavidades dérmicas, reactivación de foco de tuberculosis y desnutrición.[5]

El diagnóstico de la enfermedad puede ser complejo, pero una vez diagnosticada, el tratamiento a tiempo es salvador y la respuesta clínica favorable. En este caso se empleó la azitromicina, macrólido de elección, pues también pueden usarse otros como eritromicina, claritromicina, cotrimoxasol.

Se concluye que aunque en Cuba no existen casos notificados, es importante la vigilancia sobre los síntomas más representativos de esta enfermedad, ya que en los últimos años se ha observado una reemergencia de la tos ferina en el mundo. El caso presentado, con características que comúnmente se observan en los escenarios de la atención primaria de salud, evidencia la importancia de no desechar ninguna posibilidad, por remota que pueda parecer.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Moreno Espinosa S, Morales Mérida BI, Serrano Bello CA, Domínguez Pacheco O, Camaño Andrade O, Rojas Padilla R, et al. Lactante de 4 meses con falla respiratoria aguda secundaria a infección por Bordetella pertussis. Bol Med Hosp

Infant Mex [revista en Internet]. 2012 [ cited 4 Dic 2013 ] ; 69 (6): [aprox. 30p]. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462012000600010&lng=es.

2. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales [Internet]. Ginebra: OMS; 2013. [ cited 5 Dic 2013 ] Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82218/1/9789243564586_spa.pdf.

3. González Valdés A, Abreus Suárez G, Ibargollen Negrín L. Mortalidad por neumonía en menores de 15 años. Cuba, 1970-2007. Rev Cubana Pediatr. 2009 ; 81 (Sup): 53-60.

4. Anuario Estadístico de Salud 2012 [Internet]. La Habana: MINSAP; 2013. [ cited 4 Dic 2013 ] Available from: http://files.sld.cu/dne/files/2013/04/anuario_2012.pdf.

5. Dotres Martínez C, Vega Mendoza D, Toraño Peraza G, Álvarez Carmenate M, Broche Morera A. Síndrome coqueluchoide y tos ferina. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en Internet]. 2012 [ cited 4 Dic 2013 ] ; 28 (4): [aprox. 15p]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252012000400015&script=sci_arttext.

6. Centers for Disease Control and Prevention. Pertussis (Whooping Cough). Specimen Collection [Internet]. Atlanta: CDC; 2013. [ cited 4 Dic 2013 ] Available from: http://www.cdc.gov/pertussis/clinical/diagnostic-testing/specimen-collection.html.

7. Gentile A. Infección por Bordetella pertussis. Arch Argent Pediatr. 2010 ; 108 (1): 78-81.