
CASO CLINICO

Caso inusual de dengue

Unusual case of dengue

Drs.: Miguel Céspedes Lesczinsky*, Gilberto Mendoza, Marvin Díez*****

Resumen

Presentamos el caso clínico de una niña de 8 años de edad que fue atendida en el Hospital Materno Infantil de Trinidad por deshidratación, neumonía y crisis asmática como presentación de dengue.

Palabras Claves:

Rev Soc Bol Ped 2012; 51 (1): 15-8: dengue, neumonía.

Introducción

El dengue es la enfermedad más importante, transmitida por vectores. Tiene diferentes presentaciones clínicas, con evolución impredecible y su tratamiento es barato, fácil y efectivo cuando es realizado a tiempo y de manera correcta. Es endémica en 112 países, se producen 50 a 100 millones de infecciones por año y 30.000 decesos anuales. Es una enfermedad sistémica, producida por un virus ARN (arbovirus) del género flavivirus, familia flaviviridae. Se conocen cuatro tipos de virus dengue y son transmitidos por mosquitos del género Aedes, siendo aegypti el que predomina en nuestro medio. Es prevalente en zonas tropicales y su incidencia aumenta en las épocas de lluvia, ya que esto favorece la proliferación del vector.

El tratamiento se basa en hidratación oportuna de acuerdo a la clasificación que se haga de la enferme-

Abstract:

We present an unusual case of an 8 years old girl admitted to Hospital Materno Infantil of Trinidad, with deshidratation, pneumonia and asthmatic crisis as the presenting sign of dengue.

Key words:

Rev Soc Bol Ped 2012; 51 (1): 15-8: dengue, pneumonia.

dad y el uso de paracetamol para la fiebre; en algunas oportunidades y en casos graves es necesario el uso de hemoderivados y si existe daño a órganos se hará de acuerdo a la zona afectada, no existe tratamiento específico y se hacen esfuerzos para obtener una vacuna.

Se presenta el siguiente caso clínico, porque se trata de una presentación inusual de la enfermedad con gran repercusión en el sistema respiratorio y aprovechamos el mismo para hacer una revisión del tema.

Caso clínico

Paciente femenino de 8 años de edad, que ingresó al servicio de pediatría del Hospital Materno Infantil Boliviano Japonés de la ciudad de Trinidad, en fecha 22 de febrero de 2012; con cuadro clínico caracterizado por: 7 días de evolución que se inició

* Médico Pediatra. Hospital Materno Infantil. Trinidad-Beni

** Médico Residente III. Hospital Materno Infantil. Trinidad-Beni

*** Médico Residente II. Hospital Materno Infantil. Trinidad-Beni.

Correspondencia: Dr. Miguel Céspedes Lesczinsky, correo electrónico: migceles@hotmail.com
Conflicto de intereses: en el presente trabajo no existe conflicto de intereses.

Artículo recibido el 18/3/12 y que fue aceptado para su publicación el 23/4/12.

con la presencia de tos, la misma que se hace productiva y frecuente con el pasar de los días, fiebre alta intermitente que fue medicada con paracetamol y al no remitir la fiebre se añade ibuprofeno. Cuatro horas previas al ingreso se evidencia dificultad respiratoria que va en ascenso, por lo que deciden acudir a emergencias del hospital. Como antecedentes se rescata que durante sus vacaciones escolares residió en Comarapa, departamento de Santa Cruz. No refiere otros antecedentes de interés.

Ingresó en mal estado general, con gran dificultad respiratoria dada por retracción universal, mucosas deshidratadas y pálidas, ojos hundidos, llenado capilar más de 3 segundos, mala perfusión distal, zona distal de extremidades frías, taquicárdica (FC 145 por minuto), taquipneica (FR 62 por minuto), saturación por oximetría de pulso 85% con aire ambiente, PA 100/60 mm Hg y temperatura 36.4° C. Al examen segmentario se evidencia pectum excavatum, auscultación cardíaca sin soplos, auscultación pulmonar con estertores y sibilancias en ambos campos pulmonares, disminución del murmullo vesicular en ambas bases y espiración prolongada. Resto del examen segmentario sin particular. El diagnóstico de ingreso fue: deshidratación, neumonía y crisis asmática severa.

Se decide traslado inmediato a la unidad de terapia intensiva pediátrica, fue hidratado con cuatro cargas de solución fisiológica de 20 mL/kg y luego recibió 2000 mL/m²/día, y oxígeno con cánula nasal a 2 libras por minuto con lo que mejoró la saturación de oxígeno a 92%. En cuanto a medicamentos recibió: salbutamol, hidrocortisona, aminofilina a goteo continuo, cloxacilina más cefotaxima y se solicitaron laboratorios complementarios: serología para Hanta virus, dengue, sincitial respiratorio, adenovirus, AH1N1.

El hemograma mostró glóbulos blancos 7.000 mm³, con predominio de linfocitos (57%), Hto 38%, Hb 13 gr, plaquetas 190.000 mm³, VES 45 mm, PCR +, gasometría arterial pH 7.31, PCO₂ 32.3; PO₂, 68; HCO₃ 18, EB -10, sodio 138 meq, potasio 2.6

meq/L, calcio iónico 0.6, resto de los exámenes de laboratorio fueron normales. La radiografía de tórax mostró aumento de la trama parahiliar con gran reforzamiento, sin condensación parenquimatosa.

La evolución fue lentamente favorable, a pesar de la dificultad respiratoria no fue conectado a ventilación mecánica. A las 24 horas de ingreso se evidencia leve disminución de la taquipnea y del tiraje intercostal con saturación 96% con oxígeno y a pesar que las plaquetas disminuyeron no presento sangrados activos por lo que se mantuvo el tratamiento. A las 48 horas presentó expectoración hemoptoica, solicitándose baciloscopía (3 muestras) que fueron negativas y a partir de entonces presenta mejoría del cuadro respiratorio por lo que se van retirando algunos medicamentos de acuerdo a la evolución. Al sexto día del ingreso, ya no requiere oxígeno, se normalizan los parámetros hemodinámicos, respiratorios y la serología IgM para dengue fue positiva. Fue dada de alta a los 10 días de hospitalización con buen estado general.

Discusión

Todos los serotipos del virus dengue pueden provocar la enfermedad, aunque existen variantes fenotípicas y genéticas aún entre los que pertenecen a un mismo serotipo, lo que causa diferentes manifestaciones clínicas, desde una enfermedad oligosintomática hasta casos graves que pueden llevar a la muerte, hecho este más frecuente en el serotipo 2.

El vector se caracteriza por tener hábitos peri-domi-ciliarios, tiene un alcance de vuelo de más o menos 200 metros y se vuelve infectante luego de un período de incubación extrínseca de 10 a 12 días posteriores a la picadura de un paciente enfermo y es infectante hasta su muerte que se calcula en 65 días. Es importante hacer notar que el humano presenta alta carga viral desde 5 días antes de la presentación de síntomas hasta 2 a 3 días después.

El vector se reproduce en aguas estancadas o en cualquier objeto que pueda albergar agua ya sea

limpia o no. El departamento de epidemiología del SEDES Beni ha encontrado larvas del mosquito en aguas sucias.

La clasificación de la enfermedad ha cambiado a partir del año 2009 y luego del estudio dengue control (DENCO) y es la siguiente: dengue sin síntomas de alarma, dengue con síntomas de alarma y dengue grave.

Dengue sin síntomas de alarma se refiere a aquel paciente que se sospecha o se demuestra la presencia del virus dengue. Luego de un período de incubación de 3 a 10 días (media de 7 días) presenta síntomas como fiebre, malestar general, mialgias, artralgias, cefalea, dolor retrocular, exantema facial que se presenta generalmente en las primeras 24 horas, en el laboratorio puede haber leucopenia, plaquetopenia y eventualmente una prueba del torniquete positiva.

Dengue con síntomas de alarma, se habla de esta forma cuando el paciente presenta además de los síntomas ya mencionados: vómitos continuos, dolor abdominal intenso, letargia, irritabilidad, derrames pleurales, ascitis, sangrado de mucosas y en el hemograma se evidencia aumento del hematocrito con descenso de plaquetas, con cualquiera de estos síntomas presentes debemos clasificar al paciente como dengue con síntomas de alarma. En diferentes estudios epidemiológicos se ha evidenciado que los síntomas más frecuentes son el dolor abdominal y los vómitos, nosotros estamos concluyendo un estudio que abarca las dos últimas epidemias en la región y la presencia de estas manifestaciones son la más frecuentes - datos aun no publicados. En esta etapa, la intervención debe ser urgente y oportuna para evitar deshidratación, hemorragias y choque. Actualmente se conoce que el daño endotelial es la causa de los signos de alarma y de gravedad, esto se debe principalmente al aumento marcado de citoquinas, lo que provoca finalmente extravasación del plasma, llevando a deshidratación al paciente que si no recibe atención oportuna puede provocar la muerte. Este período, que lo podemos llamar de

crítico, se presenta a las 48 a 72 horas después del período febril.

Dengue grave se refiere al paciente que presenta los síntomas clásicos más extravasación importante de plasma, derrames pleurales o ascitis con repercusión respiratoria y/o hemodinámica, sangrado importante o daño de órgano, por ejemplo encefalitis, miocarditis, afectación renal, hepática o pulmonar; como nuestro paciente.

El diagnóstico de la enfermedad se realiza generalmente por método ELISA, se debe realizar luego del 6° día de enfermedad, momento de la aparición de los anticuerpos contra el virus, sin embargo existen métodos de diagnósticos que se pueden realizar desde el primer día de enfermedad como por ejemplo detección de ARN viral por medio de reacción en cadena de la polimerasa, aislamiento viral y detección de antígeno NS1.

El tratamiento se hace en base a la clasificación de la enfermedad, los pacientes sin signos de alarma se tratan con paracetamol para la fiebre e ingesta de líquidos. Cuando estamos frente a un paciente con dengue y síntomas de alarma la intervención de realiza con hidratación endovenosa, solución fisiológica 10 mL/kg en 1 hora, si no se logra la mejoría se puede repetir 2 o 3 veces más. Se revalora el caso y si no existiera mejoría se lo trata como dengue grave. Si el paciente mejora (descenso del hematocrito, desaparición de síntomas) se reduce la infusión a 5 a 7 mL/kg/hora por 2 a 4 horas, si continua la mejoría se reduce la hidratación a 3 a 5 mL/kg/hora por 2 a 4 horas más, habiendo mejoría se reduce a 2 a 3 mL/kg/hora por 2 a 4 horas, retirándose la vía venosa generalmente en 48 horas. Nosotros hemos puesto en práctica esta intervención oportuna y creemos que es la razón de los pocos pacientes graves que se presentan en el servicio.

En casos de dengue grave, la hidratación se debe realizar a 20 mL/kg en 30 minutos, no habiendo mejoría se puede repetir en 3 a 4 veces el mismo procedimiento, al lograr la mejoría del paciente

que se traduce en la estabilidad hemodinámica y descenso del hematocrito procedemos como se relató anteriormente, descendiendo paulatinamente los líquidos y si no hubiera mejoría es importante diagnosticar y tratar otras noxas que pueden acompañar a estos pacientes, como uso de amins en caso de falla cardíaca y circulatoria, corregir acidosis, etc.

Si el paciente luego de la reposición hídrica, presenta descenso del hematocrito pero se mantiene inestable hemodinamicamente, se debe sospechar sangrado, en este caso se puede utilizar sangre entera o paquete globular, a razón de 10mL/kg, que se puede repetir de acuerdo a la respuesta clínica y en caso de sangrado activo además de sangre entera o paquete globular se administran crioprecipitados o plaquetas, a razón de 1 unidad por cada 10 kilos de peso, independiente al número de plaquetas.

Actualmente no existen vacunas contra el dengue, esta en ensayo clínico en humanos una vacuna tetravalente, por lo tanto la prevención es lo más importante: realizando la limpieza del hogar, evitando objetos que puedan contener agua estancada, tapando adecuadamente los recipientes que contienen agua que se usa en el hogar, el uso de mosquiteros en áreas endémicas.

Referencias

1. Dengue. Guías de atención para enfermos en la región de las Américas. OPS 2010. Disponible en: www.ops.org.bo/textocompleto/ndeng31482.pdf
2. Manejo del dengue no grave y el dengue grave. México: Secretaría de Salud 2008. Disponible en: www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html
3. Enfermedades infecciosas. Dengue. Guía para el equipo de salud. Argentina: Ministerio de Salud 2009. Disponible en: www.msal.gov.ar/dengue/imagenes/stories/pdf.
4. Dengue, guía para el manejo del paciente. Paraguay: Ministerio de salud pública y bienestar social 2010. Disponible en: www.spp.org.py
5. Martínez E, Polanco A, Pleites E. ¿Por qué y cómo mueren los niños con dengue? Rev Cubana Med Trop 2008;60:40-7.
6. Pizarro D. Dengue, dengue hemorrágico. Acta Pediatr Costarric 2009;21:8-17.
7. Durán C, Lanza T, Plata J. Fisiopatología y diagnóstico del dengue. Rev Med Hondur 2010;78:136-41.
9. Díaz-Quijano F, Villar-Centeno L, Martínez-Vega R. Indicadores tempranos de infección por dengue en niños. An Pediatr 2006;64:523-9.
10. Méndez A, Gonzales G. Manifestaciones clínicas inusuales del dengue hemorrágico en niños. Biomédica 2006;26:61-70.
11. Roses M, Guzmán M. Dengue y dengue hemorrágico en las Américas. Rev Panam Salud Publica 2007;21:189-91.