
CASO CLINICO

Dengue neonatal, reporte de un caso

Neonatal dengue, a case report

Dr.: Reynaldo de Avila Aburdene*, Maria Estela Arias Jimenez**

Resumen

Presentamos un inusual caso clínico de un recién nacido con dengue por serotipo 2. Aprovechamos el caso para hacer una revisión de la literatura.

Palabras clave:

Rev Soc Bol Ped 2012; 51 (2): 97-9: dengue, recién nacido.

Abstract

We present an unusual case of a newborn with dengue serotype 2. We used this case to revise the subject.

Key words:

Rev Soc Bol Ped 2012; 51 (2): 97-9: dengue, newborn.

Introducción

El dengue continúa siendo un problema de salud pública en la Región de las Américas. A pesar de los esfuerzos de los estados para mitigar la epidemia de dengue, algunos países de la región han sobrepasado su record histórico de muertes; de hecho 2010, fue el año con el mayor número de casos en la historia del continente, con 1.69 millones de casos positivos por dengue y 1185 muertes^{1,2}. En 2011, un total de 1.04 millones de casos de dengue y 719 muertes se reportaron.

Mostramos el caso clínico de dengue neonatal y por lo infrecuente de esta patología en recién nacidos, es que aprovechamos el tema para hacer una revisión de la literatura.

Caso clínico

Recién nacido masculino obtenido por cesárea a las 38 semanas de gestación. Madre de 33 años de

edad (G2-P2-A0). Peso al nacimiento 3300 g. Talla de nacimiento: 50 cm. Apgar 8 y 10, al minuto y cinco minutos respectivamente. La madre presentó alza térmica a las 36h post parto y ante la sospecha de una complicación bacteriana se le indicó antibióticos. Dentro los exámenes practicados destacaron: PCR no reactiva, trombocitopenia, leucopenia con linfocitosis. Evoluciono con fiebre por cuatro días y al cuarto día presentó un exantema morbiliforme eritematoso generalizado, por lo que se sospecho dengue y se solicitaron las pruebas de laboratorio correspondientes. Al quinto día fue dada de alta, junto al recién nacido, en buenas condiciones generales. Dos días después, acudió a la consulta externa, con su hijo de 9 días de vida, por tener fiebre de 24 horas de evolución. La exploración física revelo: peso 3220gr, temperatura rectal 38.4 °C, frecuencia cardiaca 156 /min, frecuencia respiratoria 50/ minuto. Saturación transcutánea de oxígeno 96%. Estaba irritable y con un examen segmentario normal. Se

* Pediatra – Neonatólogo. Servicio de Neonatología. Caja de Salud de La Banca Privada. Santa Cruz de la Sierra - Bolivia

* Medico. Jefe de Policonsultorio. Caja de Salud de La Banca Privada. Santa Cruz de la Sierra - Bolivia

Correspondencia: Dr. Reynaldo de Avila, correo electrónico: doctordeavila@hotmail.com

Conflicto de intereses: ninguno que declarar.

Artículo recibido el 15/8/12 y que fue aceptado para su publicación el 13/9/12.

hospitalizó con el diagnóstico de sepsis neonatal; se tomo muestras para laboratorio, cultivos y serología para dengue y se inicio antibióticos. Evolucionó favorablemente con disminución de la fiebre y al tercer día de internación presentó trombocitopenia y un exantema morbiliforme. Posteriormente se recibieron los reportes de la serología que mostró IgG e IgM positivas para dengue, tanto en la madre como en el recién nacido y se confirmó la presencia del serotipo 2 del virus del dengue, en ambos pacientes, con la prueba de PCR en tiempo real.



Discusión

Generalmente las madres que padecen dengue tienen un parto y puerperio normal y en ocasiones abortos o partos prematuros. En casos de dengue grave se puede presentar retardo en el crecimiento intrauterino (17.6%), amenaza de aborto y parto prematuro (13.6%), ruptura prematura de membra-

nas, preclampsia o muerte materna o fetal (5.8% a 13.6%)³⁻⁵.

La transmisión de dengue perinatal ha sido reportada. Según una revisión sistemática se encontraron casos de transmisión vertical de dengue materno y la muerte materna por dengue ocurrió en una proporción muy baja (2,9%) siendo un evento poco frecuente y existe dificultad para diferenciar entre dengue grave, pre-eclampsia y síndrome HELLP (anemia hemolítica, incremento de las enzimas hepáticas y plaquetopenia) desenlace de los productos de gestación^{4,7}. A pesar del gran número de casos reportados en Bolivia, no existen reportes de transmisión de dengue vertical en recién nacidos.

Las manifestaciones clínicas en el recién nacido parecen no asociarse con la gravedad de la enfermedad materna, ni al tipo de parto o ni estado inmunológico^{8,9}. Los síntomas se presentan entre el tercer y noveno día de vida y todos cursan con trombocitopenia, fiebre, hepatomegalia y grados variables de insuficiencia circulatoria; como el caso clínico que presentamos. Este caso que comunicamos, presentó síntomas a los 6 días de nacido y a pesar de existir la posibilidad de haber adquirido la enfermedad durante los primeros días de vida en el hospital, pensamos que se trata de una enfermedad de transmisión vertical. El niño estuvo cuarenta y ocho horas en su casa, veinticuatro de las cuales ya presentaba fiebre. El serotipo del virus confirmó ser el mismo de la madre. El cuadro clínico es indistinguible de una septicemia bacteriana por lo que recibió antibióticos de forma empírica hasta que el resultado de los hemocultivos excluyó la patología bacteriana.

El cuadro hemático con marcada trombocitopenia y leucopenia, es idéntica al perfil hemático de niños mayores y adultos que padecen dengue. La trombocitopenia ocurre por falla medular como consecuencia de afección viral directa, la leucopenia ocurre como consecuencia de síndromes hemofagocíticos propios de varias enfermedades virales. La monitorización del hematocrito es vital, para conocer el

estado hemodinámico del paciente además de otros signos como son: presión arterial, presión venosa central y la evaluación estrecha del gasto cardiaco y la densidad urinaria.

El manejo adecuado incluye la administración de líquidos cristaloides en volúmenes adecuados y de coloides o hemoderivados en situaciones especiales.

Para finalizar podemos concluir: en nuestro medio, donde está enfermedad tiene una alta prevalencia; se debe sospechar frente a cuadros clínicos compatibles la posibilidad de estar frente a un caso de dengue neonatal de transmisión vertical.

Referencias

1. López-Barroso R, Deulofeu-Betancourt I, Domínguez-Eljaiek CF. Repercusión del dengue sobre el embarazo. *MEDISAN* 2002;6:18-24.
2. Carles G, Peiffer H, Talarmin A. Effects of dengue fever during pregnancy in French Guiana. *Clin Infect Dis* 1999;28:637-40.
3. Restrepo-Jaramillo BN, Isaza-Guzmán DM, Salazar-González CL, Upegui-Londoño G, Duque CL, Ospina-Opsina M y col. Efectos del virus del dengue durante el embarazo. *Infection* 2002;6:197-203.
4. Carles G, Talarmin A, Peneau C, Bertsch M. Dengue fever and pregnancy. A study of 38 cases in French Guiana. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2000;29:758-62.
5. González G, Guerra A, Malavé L, Pérez P. Dengue neonatal. A propósito de un caso. *Arch Venez Puer Pediatr* 2001;64:219-22.
6. Kerdpanich A, Watanaveeradej V, Samakoses R, Chumanvanakij S, Chulyamitporn T, Sumeksri P, et al. Perinatal dengue infection. *South East Asian J Trop Med Public Health* 2001;32:488-93.
7. Thaithumyanon P, Thisyakorn U, Deerojnawong J, Innis BL. Dengue infection complicated by severe hemorrhage and vertical transmission in a parturient woman. *Clin Infect Dis* 1994;18:248-9.
8. Pouliot Sh, Xiong X, Harville E. Maternal Dengue and Pregnancy Outcomes. A Systematic Review. *Obstet Gynecol Surv* 2010;65:107-18.
9. Chawanpaiboon S, Titapant V, Puthavathan P. Antiplatelet transfusion in dengue hemorrhagic fever during pregnancy: a case report. *Siriraj Hosp Gazette* 1998;50:964-966.
10. Chye JK, Lim CT, Ng KB. Vertical transmission of dengue. *Clin Infect Dis* 1997;25:1374-7.