

REPORTE DE CASO

CASO DE DENGUE HEMORRÁGICO EN IQUITOS

Juan Nunura R¹, Carlos Benites V¹, Moisés Sihuincha M²

RESUMEN

Se presenta el caso de un adulto con diagnóstico de dengue serotipo 3, confirmado por RT-PCR, internado en el Hospital de Apoyo de Iquitos, en abril de 2005; dicho paciente, durante la estancia hospitalaria, cumplió con los criterios para dengue hemorrágico considerados por la OMS. Con la terapia de soporte instalada el paciente evolucionó favorablemente y salió de alta sin complicaciones. Se resalta la importancia del diagnóstico clínico, el monitoreo estricto y el tratamiento oportuno en el manejo de estos casos.

Palabras clave: Dengue Hemorrágico; Reporte de Caso; Perú (fuente: DeCS BIREME).

ABSTRACT

A case of an adult patient diagnosed with dengue fever serotype 3, confirmed using reverse-transcription-polymerase chain reaction, which was admitted to Iquitos Hospital in April 2005. During hospitalization, this patient complied with all criteria for defining a hemorrhagic dengue fever case according to the World Health Organization. The patient did well with supportive therapy, and he was discharged uneventfully. The importance of a good clinical diagnosis, strict monitoring, and timely supportive therapy when managing these cases is emphasized.

Key words: Hemorrhagic Dengue Fever; Case Report; Peru (source: DeCS BIREME).

INTRODUCCIÓN

El dengue es la arbovirosis más importante en términos de morbilidad con impacto en la salud pública. Es causado por uno de los cuatro serotipos del virus del mismo nombre (DEN 1, 2, 3 y 4) y tiene como principal vector al *Aedes aegypti*¹.

Cambios ecológicos, el crecimiento poblacional, la urbanización desordenada (que resulta en un inadecuado abastecimiento de agua), las migraciones y programas de salud ineficientes contribuyeron a su extensión principalmente en países en desarrollo².

A partir de 1954 en Filipinas se describen formas serias de la enfermedad, caracterizadas por hemorragia intensa y estado de choque, que causó la muerte en 40% de los enfermos. Desde entonces la fiebre del dengue hemorrágico/síndrome de *shock* por dengue

(FDH/SSD) viene ocurriendo en países del sur de Asia y el oeste del Pacífico. En 1981 ocurrió en Cuba la primera epidemia de FDH/SSD descrita en América³.

El primer brote documentado de dengue en el Perú ocurrió en 1990 causado por el DEN 1. En 1995 ingresó el DEN 2 al Perú, y afectó a las ciudades de Iquitos y Pucallpa en la selva; y Tumbes, Los Órganos y Máncora en la costa norte del país. En el año 2001 se documenta la introducción del DEN 3 en Iquitos y en diciembre de 2004 ocurrió el primer brote de FDH en la ciudad de Iquitos⁴.

En abril de 2005, el distrito de Comas, en la ciudad de Lima, fue afectado por un brote de dengue⁵. El serotipo involucrado fue el DEN 3. Con el alto flujo migratorio hacia Lima, es posible que personas expuestas anteriormente al virus puedan enfermar por segunda vez, incrementándose el riesgo de desarrollar las formas serias de la enfermedad (FDH/SSD).

¹ Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.

² Hospital de Apoyo de Iquitos. Ministerio de Salud. Loreto, Perú.

Tabla 1. Evolución clínica del paciente.

	Día de hospitalización						
	Ingreso	1	2	3	4	5	6
Presión arterial (mmHg)	100/60	110/70	110/70	110/90	110/80	110/70	110/70
Temperatura (°C)	37,5	38,4	37,2	37,4	37,0	37,2	37,0
Prueba del torni quete	(+)	(+)					
Leucocitos	2600	5100	5100	-	-	-	-
Hematocrito	39	46	46	51	45	40	39
Plaquetas	100 000	110 000	85 000	85 000	105 000	110 000	120 000
Gota gruesa	(-)	(-)					

REPORTE

Paciente varón de 30 años, natural de Arequipa, procedente de Belén (Iquitos), comerciante de abarrotes. Refiere viajes por el río Marañón hace tres meses. Ingresa a emergencia el día 25 de abril de 2005, con un tiempo de enfermedad de tres días. Inicia con escalofríos de una hora de duración que luego se acompañan de alza térmica continua. Concomitantemente cefalea, artralgias y mialgias a predominio de miembros inferiores. Se automedica con tabletas de Dolocordalan® más paracetamol, tomándolas juntas cada ocho horas con mejoría temporal de dos a tres horas tras la ingesta. Dos días antes del ingreso se agrega al cuadro, dolor retroocular, epigastralgia (5/10) e hiporexia. El día de ingreso presenta deposiciones líquidas amarillentas de poco volumen, motivo por el que acude a la emergencia del Hospital de Apoyo César Garayar García de Iquitos.

Estando en sala de observación de emergencia presenta gingivorragia espontánea continuando con diarrea, contabilizándose cinco cámaras en total. Al examen físico de ingreso: PA 100/60, T 37,5 °C, pulso 74 por minuto, FR 22 por minuto, peso 54 kg. Apetito disminuido sed aumentada sueño alterado, prueba del torniquete positivo, quejumbroso, con leve inyección conjuntival, encías con rasgos de sangre, dilatación y eritema de conductos de Stenon. No linfadenopatías, no edema. Sistemas cardiovasculares y respiratorios semiológicamente normales. Abdomen blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes. Leve dolor a la palpación profunda en epigastrio. No visceromegalia. Resto del examen no contributorio.

EVOLUCIÓN

1^{er} día hospitalización. Dolor abdominal se extiende al mesogastrio, además manifiesta dolor lumbar. Se

informa fiebre de 38,4 y presenta nuevo episodio de gingivorragia. Al examen se evidencia *rash* en tronco. (Figura 1)

Ecografía: No se evidencia líquido libre en cavidad abdominal. Bazo 91 mm de diámetro mayor

2^{do} día hospitalización. Dolor abdominal tiende a disminuir, las deposiciones se hacen semilíquidas. Afebril. El *rash* continúa.

3^{er} día hospitalización. Dolor en epigastrio 3/10, dolor ocular bilateral a predominio derecho, deposiciones de consistencia pastosa pero aumentadas en frecuencia (seis). Se evidencia hemoconcentración, reuniéndose los cuatro criterios para dengue hemorrágico.

4^{to} día hospitalización. Continúa afebril con incremento de la inyección conjuntival más leve hemorragia subconjuntival. Distensión abdominal leve. *Rash* en remisión

5^{to} día hospitalización. Afebril, menos dolor abdominal. No distensión. Ecografía abdominal: No existe líquido libre.



Figura 1. Eritema en dengue; en el caso presentado se observa que no es muy evidente debido a piel cobriza del paciente

6^{to} día hospitalización. Afebril. Sin dolor abdominal.

7^{mo} día hospitalización. Asintomático, es dado de alta. (Décimo día de enfermedad).

DISCUSIÓN

En Iquitos, ciudad de la cuenca amazónica del Perú, el diagnóstico diferencial del paciente febril incluye a la malaria, dengue y leptospirosis entre las causas más frecuentes. En el caso de la infección por dengue tenemos un vasto espectro clínico que va desde formas asintomáticas hasta formas serias de la enfermedad. En el caso que presentamos no había antecedente de infección por dengue.

Los síntomas que orientaron la probabilidad de infección por dengue fueron la cefalea intensa, el dolor retroocular y el dolor osteomuscular intenso y generalizado. Además la prueba del torniquete fue positiva y presentó gingivorragia espontánea. El recuento plaquetario de ingreso fue de 100 000, por lo cual se planteó como un caso sospechoso de dengue hemorrágico y se decidió su hospitalización. Este paciente presentó además dolor y distensión abdominal como signos de alarma reconocibles en los casos que evolucionan a las formas serias de dengue. En Tumbes ha sido notificado el dolor abdominal como signo de alarma más frecuente ⁶.

Al cuadro clínico inicial se agregó un *rash* eritematoso generalizado que se hizo evidente al primer día de visita médica (cuarto día de enfermedad) lo cual es compatible con dengue. Las muestras sanguíneas para RT-PCR y ELISA para dengue fueron tomadas este día. El *rash* ocurre con más frecuencia en los casos en que el serotipo infectante es el DEN 3 el cual tiene cierto hepatotropismo y posibilidad de presentar el FDH en la primoinfección aunque esta posibilidad es bastante baja⁸.

En este punto generalmente se debe demostrar la extravasación plasmática mediante ultrasonografía buscando derramen pleural o ascitis; o documentar el incremento del hematocrito en más de 20 % para que el caso probable cumpla con los cuatro criterios establecidos por la OMS para FDH⁷.

No se llegó a demostrar extravasación plasmática mediante la ecografía, pero al tercer día de hospitalización (sexto día de enfermedad) habiendo remitido la gingivorragia, con el *rash* en remisión y presentando distensión y dolor abdominal, el paciente presentó un hematocrito de 51, que en relación al inicial de 39,

confirmaba la sospecha de dengue hemorrágico. El monitoreo clínico se realizó con toma de funciones vitales cada cuatro horas, balance hídrico estricto y control de diuresis. Los dos primeros días se realizaron hemogramas completos. Posteriormente sólo hematocrito y plaquetas en forma diaria.

El paciente desde inicio y dado que además presentaba deposiciones líquidas recibió hidratación endovenosa con CINA al 0,9% y oral con sales de rehidratación ya que en ningún momento hubo intolerancia oral. Recibió además una dieta blanda atraumática y paracetamol condicional a fiebre mayor de 38 °C. Posteriormente se confirmó por laboratorio el diagnóstico de dengue por serotipo 3 por PCR en tiempo real y la infección previa con el ELISA IgG positivo. Aunque el paciente no refería antecedentes de dengue, reside en zona endémica, donde ya han circulado varios serotipos del virus, siendo probable que haya padecido una infección asintomática previa. Esto se corrobora con el resultado de ELISA IgG positivo para dengue. Por lo tanto, en áreas endémicas, la evolución de un caso de dengue es impredecible, lo cual obliga a un seguimiento clínico a fin de manejar oportunamente los casos que evolucionan a formas severas de la enfermedad. Se remarca la importancia de actuar precozmente frente a un cuadro probable de dengue ante la posibilidad de FDH, ya que una intervención temprana puede modificar la seriedad de la enfermedad⁹.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guzmán MG, Kouri G. Dengue and dengue hemorrhagic fever in the Americas: lessons and challenges. J Clin Virol 2003; 27(1): 1-13.
2. Kuno G. Review of the factors modulating dengue transmission. Epidemiol Rev 1995; 17(2): 321-35.
3. Guzmán MG, Kouri GP, Bravo J, Soler M, Vasquez S, Morier L. Dengue hemorrhagic fever in Cuba, 1981: a retrospective seroepidemiologic study. Am J Trop Med Hyg 1990; 42(2): 179-84.
4. Carey C, Wong J, Ruiz C, Rivas M, Ramírez B. Reporte de serie de casos de dengue hemorrágico ocurridos en la ciudad de Iquitos durante los meses de diciembre 2004 y enero 2005. En: Libro de Resúmenes de la III Jornada Nacional de Epidemiología. Lima: Sociedad Peruana de Epidemiología; 2005. p. 55.
5. Suárez L, Ramírez G, Beingolea L, Escudero J, Cabanillas O, Bolarte J, et al. Brote de Dengue en el Distrito de Comas, Lima, Perú 2005. En: Libro de resúmenes del taller internacional: prevención y control del dengue, un reto para el siglo XXI. Lima: Oficina General de Epidemiología / Instituto Nacional de Salud; 2005. p. 49.

6. **Arrasco J, Ravines Z, Noblecilla C.** Características clínicas del dengue hemorrágico en la región Tumbes, Perú, 2004. En: Libro de resúmenes del taller internacional: prevención y control del dengue, un reto para el siglo XXI. Lima: Oficina General de Epidemiología / Instituto Nacional de Salud; 2005. p. 26.
 7. **Messer WB, Gubler DJ, Harris E, Sivananthan K, De Silva AM.** Emergence and global spread of a dengue serotype 3, subtype III virus. *Emerg Infect Dis* 2003; 9(7): 800-9.
 8. **Organización Panamericana de la Salud.** Dengue y dengue hemorrágico en las Américas: guías para su prevención y control. Washington DC: OPS; 1996. Publicación científica N° 548.
 9. **Nimmannitya S.** Dengue hemorrágico: diagnóstico y tratamiento. En: Libro de resúmenes del taller internacional: prevención y control del dengue, un reto para el siglo XXI. Lima: Oficina General de Epidemiología / Instituto Nacional de Salud; 2005. p. 16.
-
- Correspondencia:** Juan Manuel Nunura Reyes
Dirección: Jr. Las Mercedes 231. Cercado de Lima. Lima 01
Teléfonos: (511) 4252691 / (511) 97362167
Correo electrónico: jmnunura@yahoo.es