

Dengue hemorrágico en el Hospital Regional de Loreto. Reporte de un caso.

Dengue hemorrhagic fever at the Hospital Regional de Loreto: A case report.

Ramal Asayag Cesar^{1,2} Orts Póveda Carmen², Chauca Aguirre Hugo², Mestanza Montoya Miguel³

RESUMEN

Se describe el caso de un paciente varón, de 13 años de edad, procedente de la ciudad de Iquitos con cuadro clínico de Dengue y que cumplía con los criterios de dengue hemorrágico. La gravedad de este caso de dengue hemorrágico fue de grado II. El diagnóstico fue confirmado por serología. El serotipo encontrado fue el tres. Este es el primer caso de dengue hemorrágico documentado ocurrido el Hospital Regional de Loreto. (*Rev Med Hered 2008;19:81-83*).

PALABRAS CLAVE: Dengue hemorrágico, fiebre, trombocitopenia, manifestaciones hemorrágicas, extravasación de plasma, serología, serotipo.

SUMMARY

We report a case of a 13 year old male patient, well nourished, from Iquitos city with signs of dengue fever who also fulfills definitive criteria for dengue hemorrhagic fever. Classification of the gravity was degree II. Diagnosis was confirmed by serologic studies, showing serotype 3. This could be the first case of dengue hemorrhagic fever at the Hospital Regional de Loreto, although it is probable that in the past there might have been cases that could not be suitably documented. (*Rev Med Hered 2008;19:81-83*).

KEY WORDS: Dengue hemorrhagic, fever, thrombocytopenia, hemorrhagic manifestations, extravasation of plasma, serology, serotype.

¹ Servicio Infectología Hospital Regional de Loreto. Dirección Epidemiología Hospital Regional de Loreto. Iquitos, Perú.

² Pediatra Departamento Pediatría Hospital Regional de Loreto. Iquitos, Perú.

³ Jefe del Departamento Pediatría Hospital Regional de Loreto. Iquitos, Perú.

INTRODUCCIÓN

Reportamos un caso de dengue que cumple con la definición de dengue hemorrágico: 1. fiebre o antecedente cercano de fiebre; 2. manifestaciones hemorrágicas que incluyan por lo menos una de las siguientes pruebas: prueba del torniquete positiva, petequias, equimosis o púrpuras, hemorragias de las mucosas, del tracto gastrointestinal, de los lugares de punciones, y otras; 3. trombocitopenia ($100\,000/\text{mm}^3$ o menos); y 4. extravasación de plasma debida al aumento de permeabilidad capilar que se manifiesta por al menos uno de los siguientes signos: hematocrito inicial situado mayor o igual 20% (por encima del correspondiente a esa edad, sexo y población); descenso mayor o igual a 20% del hematocrito después del tratamiento, o signos habitualmente asociados a la extravasación de plasma: derrame pleural, ascitis e hipoproteinemia (1).

Caso clínico

Varón de 13 años, mestizo, estudiante de secundaria, natural y procedente de zona urbana de Iquitos, 46 kilos de peso, ingresó con un tiempo de enfermedad de aproximadamente cinco días, de inicio insidioso y curso progresivo caracterizado por alza térmica no cuantificada, dolor muscular y articular, y cefalea.

En el segundo día de enfermedad fue atendido en un establecimiento de salud de primer nivel de atención, recibiendo sintomáticos (paracetamol), el hematocrito fue 35% y el examen de gota gruesa y frotis fueron negativos. La fiebre aumentó de intensidad el tercer día de enfermedad; agregándose pérdida del apetito, náuseas y vómitos abundantes con contenido sanguinolento; petequias diseminadas y finalmente dolor abdominal moderado por lo que acudió al servicio de emergencia del Hospital Regional de Loreto, siendo hospitalizado. El diagnóstico de ingreso fue dengue clásico y síndrome doloroso abdominal.

Dentro de los antecedentes patológicos de importancia, el paciente sufría de asma.

El examen clínico mostró FC: 80 x' , FR: 28 x' , PA: $100/60\text{ mm Hg}$ y T: 37°C , el paciente se encontraba en regular estado general, buen estado nutricional e hidratado, petequias distribuidas en todo el cuerpo a predominio de los miembros inferiores y el abdomen distendido con dolor difuso a la palpación superficial y profunda, ruidos hidroaereos presentes y Glasgow en 15. El resto del examen era normal.

Los exámenes auxiliares al ingreso mostraron VSG 2 mm/hora , hematocrito 58%, plaquetas $170\,000\text{ x mm}^3$ y recuento y recuento de leucocitos $11\,200$ con 22% de linfocitos. La radiografía de tórax fue normal.

A las 48 horas de su ingreso el paciente presentó trombocitopenia con presencia de macroplaquetas en el frotis, llegando a $33\,000\text{ x mm}^3$, el recuento leucocitario fue $4\,000\text{ x mm}^3$ con 46% de linfocitos y 40% de neutrófilos, sodio 140 mmol/L , potasio: 3.5 mmol/L , cloro: 112 mmol/L , examen de orina normal y gases arteriales pH 7,47; PO_2 : 78 mm Hg , PCO_2 : $33,7\text{ mm Hg}$, HCO_3^- : $24,6\text{ mmol/L}$, Sat 96% y la ecografía abdominal reveló ascitis.

El Laboratorio Referencial Regional de Loreto y NAMRID confirmó virus dengue, serotipo 3.

El paciente recibió hidratación endovenosa con solución salina al 0,9% cursó en regular estado general, recuperó paulatinamente el apetito, cedieron las náuseas, vómitos y el dolor abdominal. La mayor temperatura registrada fue $38,4^\circ\text{C}$, la presión arterial se mantuvo entre $90/60$ y $80/40\text{ mm Hg}$ y el volumen urinario fue



Figura N°1. Rash petequial confluyente

normal. El paciente presentó un patrón eritematoso intenso con áreas blanquecinas pálidas de piel normal “lagunas blancas en un mar rojizo” pero no localizado en cara, cuello o tórax, desde los primeros días de la enfermedad (Figura N°1), que se mantuvo en un control realizado dos semanas después del alta. El paciente no presentó trastornos de sensorio, ni ictericia clínica.

Hacia el décimo día de hospitalización presentó un segundo pico de fiebre, no atribuido al dengue, pero no se encontró foco aparente. Se realizó un hemocultivo

que fue negativo a las 48 horas. Al tercer día de tratamiento empírico con ciprofloxacina la fiebre cedió.

Al alta su hemograma tenía leucocitos en $8\,000 \times \text{mm}^3$ con 56% de linfocitos, hematocrito en 43% y las plaquetas en $178\,000 \times \text{mm}^3$.

DISCUSIÓN

Este es el primer caso de dengue hemorrágico diagnosticado en el Hospital Regional de Loreto. Es posible que en el pasado se hayan presentado casos pero no han sido adecuadamente documentados. El serotipo incriminado fue el 3.

En la ciudad de Iquitos circulan los serotipos 1, 2 y 3. En el serotipo 2 se tienen dos variedades la nativa americana y la asiática (2).

Este paciente aparentemente no ha cursado antes con infección por dengue, aunque esto es difícil de comprobar. Un antecedente importante del paciente es el asma, que ha sido relacionado a casos de dengue hemorrágico.

El dengue es una enfermedad reemergente en la Región Loreto. Se reportan casos de dengue a lo largo del año, con picos epidémicos dentro de la endemia. Iquitos pertenece al escenario epidemiológico III b, con presencia de vector (infestación aélica) y transmisión autóctona de casos de dengue clásico y dengue hemorrágico.

El índice aélico de la ciudad es mayor a 5 y en ciertos sectores de Iquitos la cifra es incluso mayor a 10 ó 15. Con estas cifras el riesgo de brote aumenta considerablemente y es en esta situación de riesgo epidemiológico en la que se vive de manera permanente en nuestra ciudad. Pese a ello no ocurre un brote de

magnitud importante con algunos casos fatales y en poco tiempo, como se ha observado en otros países. Esta situación es la esperada según modelos matemáticos predictivos.

De otro lado, el número de casos compatibles con dengue atendidos en el hospital, no refleja la magnitud de la transmisión en la ciudad, esto en función a que la ciudadanía percibe al dengue como enfermedad que se puede controlar en el domicilio ya que no causa letalidad. Esto puede cambiar si en el futuro se presentan casos de dengue hemorrágico con evolución fatal.

Finalmente, en términos de salud pública, el dengue no podrá ser controlado, aún cuando se pudiera contar con recursos económicos y logísticos importantes sin la prevención (3). Esta actividad debe ser llevada al nivel del núcleo familiar.

Correspondencia

Dr. César Ramal Asayag
Correo electrónico: ramalasayag@yahoo.fr

Dra. Carmen Orts
Correo electrónico: 03873@upch.edu.pe

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Panamericana de Salud. Dengue y dengue hemorrágico en las Américas: guías para su prevención y control. Washington, DC: Publicación Científica 548. OPS; 1994.
2. Maguiña C, Osorio F. Dengue clásico y hemorrágico: Enfermedad emergente y reemergente en el Perú. Rev Med Hered 2005; 16 (2):120-140.
3. Chin J. El control de las enfermedades transmisibles. 17a. ed. Washington, DC:OPS. Publicación Científica y Técnica No. 581; 2001.

Recibido: 12/02/07

Aceptado para publicación: 15/06/08