

Discusión caso clínico número anterior

Diagnóstico: dengue hemorrágico (FHD), grado II

Gerardo González V.*

Se trata de un escolar procedente de zona urbana de Bucaramanga (área endémica de dengue) (1), que presentó un cuadro febril de tres días, acompañado de cefalea, dolor a los movimientos oculares, mialgias y exantema. Según la OMS, la definición de caso para Dengue (FD) es "Enfermedad aguda con fiebre que dura 2 a 7 días y dos o más de las siguientes manifestaciones: cefalea, dolor retro-orbitario, mialgias, artralgias, erupción cutánea, manifestaciones hemorrágicas inusuales y leucopenia" (2).

A su ingreso al hospital ya no se encontraba en estado febril, pero tenía signos hemorrágicos: epistaxis, petequias y prueba de torniquete positiva; signos de deshidratación o hemoconcentración: sed intensa, mucosa oral seca, enoftalmos; además de vómito y dolor abdominal, signos de ascitis y hepatomegalia. Se sospechó derrame pleural por hipoventilación basal y disminución del frémito vocal. Al quinto día le aparece un exantema petequial purpúrico confluyente en las extremidades.

Los exámenes paraclínicos mostraron leucocitopenia (3.500); células de Turk (8%); hemoconcentración (hematocrito de 45 que después descendió a 42 y 39); trombocitopenia: 80.000, 20.000, 60.000 y después 180.000 por mm; aminotransferasas levemente elevadas: AST 130 y 145 ALT UI/L, e hipoproteinemia leve a expensas de la albúmina. Aparte de lo anterior, el Rx de tórax evidenció hidrotórax derecho. La ecografía abdominal informó ascitis, hepatomegalia y engrosamiento de la pared de la vesícula biliar (colecistitis acalculosa).

Para la OMS, en la definición de caso de dengue hemorrágico o fiebre hemorrágica del dengue (FHD) deben encontrarse todos los signos siguientes:

- Fiebre o antecedentes cercanos de fiebre aguda;
- Manifestaciones hemorrágicas que incluyan por lo menos una de las siguientes:

* Médico Pediatra. Profesor Titular Departamento de Pediatría Universidad Industrial de Santander. gergon@uis.edu.co

Prueba del torniquete positiva. Petequias, equimosis o púrpura. Hemorragias de las mucosas, del tracto gastrointestinal. Sangrado en los sitios de punciones.

- Trombocitopenia (100.000/mm³ o menos).
- Extravasación de plasma que se manifiesta al menos por uno de los siguientes signos:

Hematocrito inicial situado 20% por encima del correspondiente a esa edad, género y población.

Descenso 20% del hematocrito después del tratamiento.

Signos asociados a la extravasación de plasma como derrame pleural, ascitis, e hipoproteinemia. (2)

Según las manifestaciones clínicas, el dengue hemorrágico se clasifica en cuatro grados (3), (4):

- Grado I. Fiebre acompañada de manifestaciones generales y como única manifestación hemorrágica prueba del torniquete positivo.
- Grado II. Manifestaciones del grado I más hemorragia espontánea.
- Grado III. Insuficiencia circulatoria dada por pulso rápido y débil, tensión arterial diferencial disminuida 20 mm Hg o menos, o hipotensión.
- Grado IV. Franco choque con tensión arterial y pulso imperceptible.

En este paciente se recibió un mes después el resultado de IgM para dengue, el cual fue positivo (procesado en el laboratorio departamental), lo cual, junto con el cuadro clínico, confirmó el diagnóstico.

El dengue es una enfermedad que puede pasar inadvertida o sin diagnóstico en lactantes y niños pequeños. En escolares, adolescentes y adultos puede también presentarse como una enfermedad leve o manifestarse como la clásica enfermedad incapacitante de comienzo abrupto, fiebre alta, dolores musculares generalizados, especialmente en extremidades inferiores, artralgias, dolor a los movimientos oculares y cefalea (3),(4). Puede haber enrojecimiento facial y congestión conjuntival inicialmente. La fiebre dura de tres a cinco días, y coincide con el período de viremia (5),(6). En algunos casos, del segundo al cuarto día puede aparecer un exantema más frecuentemente localizado en tórax y sitios de flexión (1),(7). En esta etapa el cuadro hemático frecuentemente muestra leucocitopenia y también puede presentarse moderada trombocitopenia (8).

En algunos pacientes, más frecuentemente escolares (1),(4),(9), la enfermedad puede progresar a un cuadro más grave entre el tercer y el sexto día, generalmente en la defervescencia. Tal cuadro se caracteriza por sed intensa, vómito, malestar epigástrico, sensibilidad en el margen costal derecho y dolor abdominal generalizado. Pueden aparecer, además, fenómenos hemorrágicos, de los cuales el primero que debe buscarse es la "prueba del torniquete" positiva como signo de aumento de la fragilidad capilar. Las petequias espontáneas deben buscarse minuciosamente.

Otros signos hemorrágicos pueden ser epistaxis, gingivorragias o hematuria (la hematemesis se presenta en casos graves). El hígado puede estar agrandado y blando, la hepatomegalia se observa frecuentemente en niños (40%-60%) y es más constante en casos graves. No suele haber ictericia, pero puede presentarse hepatitis por el virus dengue (1),(3),(4),(9).

Debido a la permeabilidad capilar exagerada, frecuentemente se producen transudados hacia las cavidades pleural y abdominal, que producen hidrotórax y ascitis, o puede presentarse menos frecuentemente derrame pericárdico o hidrocele, pero todos se reabsorben espontáneamente (1).

Después del período febril puede aparecer un segundo exantema muy característico por la confluencia del eritema con petequias, que no desaparece a la presión y que deja algunas zonas más claras o pálidas que semejan cicatrices si no se observan cuidadosamente, lo cual en el sudeste asiático ha sido denominado *islas blancas en mar rojo* (1),(10).

En esta etapa los hallazgos de laboratorio más característicos son (1) hemoconcentración como evidencia del aumento de la permeabilidad capilar. El aumento progresivo del hematocrito es el parámetro más importante de vigilar, porque mientras persista significa fuga capilar, hemoconcentración e hipovolemia. (2) Trombocitopenia, generalmente por de-

bajo de 100.000 plaquetas es el otro parámetro importante de laboratorio que debe vigilarse cada 12 a 24 horas, para ayuda diagnóstica, pero no tiene un significativo valor pronóstico. (3) Hipoalbuminemia o hipoproteinemia, que ayudan a documentar la fuga plasmática (11).

En el curso del dengue hemorrágico, el aumento exagerado de la permeabilidad capilar con fuga plasmática puede conducir a choque hipovolémico, precedido de signos de alarma como dolor abdominal intenso y progresivo, que se confunde con abdomen agudo por la defensa abdominal que suscita la ascitis; vómito frecuente; cambio brusco de fiebre a hipotermia; inquietud, y somnolencia.

El choque suele presentarse entre el tercer y sexto día del comienzo del período febril y se inicia en forma insidiosa, con palidez, piel fría, pulso débil y rápido, así como tendencia a la letargia. La presión arterial puede disminuir en sus cifras sistólica y diastólica o simplemente reducirse la diferencia entre ellas (presión del pulso) a menos de 20 mm Hg. Si no se administran líquidos oportunamente y en las cantidades adecuadas, puede progresar a choque profundo, con presión arterial y pulso imperceptibles. Si se efectúa el reemplazo de líquidos, el paciente puede recobrase rápidamente.

Lo importante es recordar que el pronóstico depende de la precocidad del reconocimiento y tratamiento de la fuga

capilar. En la convalecencia generalmente no se presentan complicaciones, excepto algunas manifestaciones como depresión o neuritis, y los pacientes se recuperan habitualmente sin secuelas. Existen tam-

bién manifestaciones inusuales como hepatitis, colecistitis acalculosa, encefalitis (12) y otras que no son del caso considerar en esta discusión.

BIBLIOGRAFÍA

1. Méndez A, González G. Dengue hemorrágico en niños: diez años de experiencia clínica. *Biomédica* 2003 Jun;23(2):180-93.
2. OPS. Definiciones de caso: dengue. *Boletín Epidemiológico* 2000 Jun;21(2):14.
3. Organización Panamericana de la Salud. Dengue y dengue hemorrágico en las Américas: guías para su prevención y control. Washington: OPS; 1994. p. 3-22.
4. WHO. Dengue haemorrhagic fever: diagnosis, treatment, prevention and control. 2nd ed. Geneva: WHO 1997. Disponible en: <http://www.who.int/emc/diseases/ebola/Denguepublication/index.html>
5. Gubler DJ, Suharyono W, Tan T, Abidin M, Sie A. Viraemia in patients with naturally acquired dengue infection. *Bull WHO* 1981;59:623-30.
6. Vaughn DW, Green S, Kalayanarooj S, Innis BL, Nimmannitya S, Suntayakorn S, et al. Dengue in the early febrile phase: viremia and antibody responses. *J Infect Dis* 1997 Aug;176(2):322-30.
7. Rigau-Pérez JG, Clark GG, Gubler DJ, Reiter P, Sanders EJ, Vorndam AV. Dengue and dengue haemorrhagic fever. *Lancet* 1998 Sep;352(9132):971-7. [Rigau-Pérez JG, Clark GG, Gubler DJ, Reiter P, Sanders EJ, Vorndam AV. Dengue y fiebre hemorrágica del dengue. *The Lancet* (ed. esp.) 1999;34(2):111-7].
8. Kalayanarooj S, Vaughn DW, Nimmannitya S, Green S, Suntayakorn S, Kunentrasai N, et al. Early clinical and laboratory indicators of acute dengue illness. *J Infect Dis* 1997 Aug;176(2):313-21.
9. Martínez-Torres E. Dengue and hemorrhagic dengue: the clinical aspects. *Salud Publica Mex* 1995;37(Suppl):S29-S44.
10. Kautner I, Robinson MJ, Kuhnle U. Dengue virus infection: epidemiology, pathogenesis, clinical presentation, diagnosis, and prevention. *J Pediatr* 1997 Oct;131(4):516-24.
11. González G, Méndez A. Dengue. En: Sociedad Colombiana de Pediatría-Ascofame. Programa de Educación Continuada en Pediatría PRECOP. Año 2. Módulo 1; 2002. p. 5-19.
12. González G, Méndez A. Dengue: espectro clínico. *Tribuna Médica* 1999;99(5):203-18.