RESIDÊNCIA PEDIÁTRICA

RELATO DE CASO

Dengue en la Infancia : Relato de caso con derrame pleural y pericárdico

Adrianne Rahde Bischoff[1], Gabriela Marchisio Giordani[1], Daniele Konzen[2], Paula Fantinelli Seelig[3], Philippe Visintainer Melo[3], Boaventura Antonio dos Santos[4]

Palabras-clave:
Dengue,
Derrame Pleural,
Derrame Pericárdico,
Vacunas contra el Dengue,
Virus del Dengue.

Resumen

Descripción de un caso de dengue en la infancia que evolucionó para cuadro de serositis. **Relato de Caso:** Paciente femenino, 10 años inició con fiebre (39,5 °C), cefalea, dolor torácico y abdominal, náuseas y vómitos. En la llegada con deshidratación leve, sin otros hallazgos relevantes al examen físico. La prueba del lazo fue negativa en dos ocasiones. TC de abdomen reveló derrame pericárdico, derrame pleural a la derecha y ascitis moderada. De laboratorio: hematocrito el 48,8%, Hemoglobina 16,8, leucocitos 2090, Linfocitos el 51%, con presencia linfocitos atípicos, 17 mil plaquetas. Recibió hidratación parenteral con suero fisiológico, con mejora del hematocrito en el día siguiente (39,5%). Durante la internación evolucionó con mejora clínica y de laboratorio (plaquetas 350mil en el alta). Investigación de laboratorio confirmó el diagnóstico. **Comentarios:** El dengue es una enfermedad febril transmitida por el mosquito Aedes. El cuadro clínico clásico tiene la presencia de fiebre alta súbita, cefalea, mialgia, artralgia y dolor retroorbitaria. Puede haber señales de extravasado plasmático (ej.: dolor abdominal intenso, hepatomegalia dolorosa e incómodo respiratorio). Sangrías espontáneas y plaquetopenia pueden estar presentes. El síndrome de extravasado vascular, manifestado por hemoconcentración y derrames cavitarios, fue evidenciado en la paciente con un hematocrito el 48,8%, derrame pleural y pericárdico y ascitis moderada. La prueba del lazo es obligatoria en todos los pacientes con sospecha de dengue, pero tiene baja sensibilidad y alta especificidad. El diagnóstico definitivo es por antígeno viral o serología. El manejo adecuado depende del reconocimiento precoz de los casos más graves y de las señales de alerta, del continuo monitoreo, del restadiaje y de la lista reposición hídrica.

[1] Médica - Residente de Pediatría del Hospital de Clínicas de Porto Alegre.
[2] Médica - Residente de Genética del Hospital de Clínicas de Porto Alegre.
[3] Estudiante - Estudiante de Medicina de la Universidad Federal de Rio Grande do Sul.
[4] Médico - Pediatra, Profesor de Pediatría de la Universidad Federal de Rio Grande do Sul.
Dirección:
Adrianne Rahde Bischoff.
Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Departamento de Pediatria. Rua Ramiro Barcelos, nº 2350, Largo Eduardo Zaccaro, Faraco, Porto Alegre, RS, Brasil. CEP: 90035-903. E-mail: arahdebischoff@gmail.com

INTRODUCCIÓN

El dengue se constituye en un importante problema de salud pública, siendo responsable de la notificación anual de al menos 50 millones de nuevos casos en todo el mundo. La transmisión de la enfermedad se da por la picadura del mosquito del género Aedes, principalmente de la especie Aedes aegypti, que inocula uno de los cuatro serotipos de virus de la familia flaviviridae.

Es una enfermedad infecciosa febril aguda presentándose, clásicamente, con los síntomas de fiebre, artralgia, mialgia, cefalea, dolor retroorbitario, postración y exantema. No obstante, el amplio espectro de la enfermedad abarca desde cuadros oligosintomáticos a la síndrome de extravasado vascular, cuadro hemorrágico hasta defunción. En nuestro relato vamos a describir la evolución de esa infección en un niño de 10 años de edad que inició la presentación del cuadro con señales inespecíficos habiendo evolucionado para un cuadro de serositis.

RELATO DE CASO

Paciente femenino, 10 años y 9 meses, previamente saludable, presentó fiebre (39,5 °C) y cefalea. Después de dos días evolucionó con dolor torácico, náuseas, vómitos y dolor abdominal severa. Llevada a la emergencia al tercer día, presentaba dolor a la palpación abdominal, principalmente en hipocondrio derecho, peor a la descompresión. Con deshidratación leve, sin otros hallazgos relevantes al examen físico. Realizada prueba del lazo en la llegada, negativa en dos ocasiones. Madre y hermana de la paciente habían tenido cuadro febril en la misma semana.

Exámenes: hematocrito el 48,8%, Hemoglobina 16,8 d/dL, VCM 76, leucocitos 2090 (Bastones 3%, Segmentados 24%, Linfocitos 51%, con presencia linfocitos atípicos), 25mil plaquetas. Demás exámenes fueron normales. La paciente recibió hidratación parenteral en la llegada con suero fisiológico, con mejora del hematocrito para el 39,5%.

Radiografía de tórax y ecografía abdominal en la llegada fueron normales. Debido a la severidad del dolor, una tomografía computadorizada de abdomen fue realizada (Figura 1): presencia de derrame pericárdico y derrame pleural a la derecha. Moderada cantidad de líquido libre en el abdomen.

Presentó buena evolución del cuadro con remisión de los síntomas. Hubo resolución de la fiebre el 4º día de evolución de la enfermedad, y remisión del dolor torácico y dolor abdominal entre el 5º y 7º día de enfermedad. También evolucionó con mejora de laboratorio teniendo alta en el 10º día de enfermedad con 350 mil plaquetas. Investigación de dengue (antígeno NS1-ELISA) fue positiva en la paciente y su hermana.

DISCUSIÓN

La importancia del dengue adviene, no sólo del alta incidencia, como también de las complicaciones que puede generar. El Estado de Rio Grande do Sul no es un área de alta incidencia, siendo los primeros casos de la enfermedad autóctono ocurrieron en 2007, en el noroeste del estado, siendo del serotipo Den 3. En

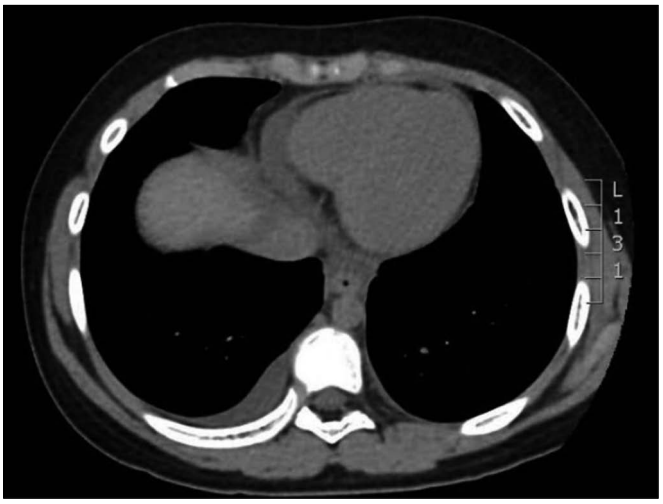


Figura 1. derrame pericárdico y pleural a la derecha.

2010, hubo una epidemia en esta región, alcanzando 6 municipios, siendo encontrados los serotipos Den 1 y Den 2. En mayo de 2010, Porto Alegre también registró casos autóctonos. Hasta 2011, mosquitos fueron encontrados en 75 municipios, siendo notificados 4922 casos por SINAN, confirmándose 3497, de los cuales 3366 eran autóctonos[1].

Clásicamente hay presencia de fiebre alta (39 °C a 40 °C) de inicio abrupto, así como cefalea, mialgia, artralgia y dolor retroorbitario, que se pueden manifestar en niños menores por lloro persistente, irritabilidad y adinamia[2].

En adultos el agravamiento de la enfermedad inicia en forma gradual, mientras en el niño aparece de manera abrupta, muchas veces siendo las señales de gravedad las primeras a ser evidenciadas. El surgimiento de señales y síntomas como vómitos importantes, dolor abdominal intenso, hepatomegalia dolorosa e incómodo respiratorio alertan para la posibilidad de extravasado plasmático, indicando gravedad en el caso y denotando inminencia de choque[3]. Sangrías espontáneas pueden estar presentes y también son más frecuentes en las formas graves de la enfermedad, así como hallazgo de laboratorio de trombocitopenia severa[2].

El caso descripto presentó una síndrome de extravasado vascular (derrames pleural y pericárdico) y alteraciones plaquetarias (plaquetopenia).

En pacientes con sospecha de dengue, es importante atentarse a las señales de alarma (Tabla 1), manifestaciones hemorrágicas y a la historia epidemiológica positiva[3]. Dolor abdominal y síntomas gastrointestinales son frecuentes en la edad pediátrica[4,5]. Pacientes pediátricos presentan petequias más frecuentemente que adultos, sin embargo, presentan menos manifestaciones hemorrágicas que éstos[6].

La prueba del lazo es obligatoria en todos los pacientes con sospecha de dengue[3]. La prueba presenta baja sensibilidad y alta especificidad, siendo importante no basarse solamente en ella para el diagnóstico[7].

El diagnóstico definitivo se realiza por la confirmación de la infección, pues la clínica, principalmente en los niños, muchas

Tabla 1. Señales de alarma.

• Dolor abdominal intenso y continuo
• Vómitos persistentes
• Hipotensión postural y/o lipotimia
• Somnolencia e/o irritabilidad
• Hepatomegalia dolorosa
• Hemorragias importantes (hematémesis y/o melena)
• Disminución de la diuresis
• Disminución repentina de la temperatura corpórea o hipotermia (< 36°C)
• Incómodo respiratorio
• Aumento repentino del hematocrito
• Caída abrupta de las plaquetas

veces no consigue diferenciarse de otras enfermedades febriles[8]. Los métodos indicados son Antígeno NS1-ELISA (usado 1 a 3 días después del inicio de la fiebre) y serología IgG e IgM (usada 6 a 14 días después del inicio de la fiebre)[9].

En 2014 Brasil registró nuevos casos de una enfermedad febril con espectro clínico muy semejante al dengue y también transmitida por el mosquito *Aedes aegypti*. La fiebre de Chikungunya es una enfermedad emergente causada por un virus que se puede confundir con el dengue[10] (Tabla 2).

El manejo adecuado de los pacientes depende del reconocimiento precoz de los casos más graves y de las señales de alerta, del continuo monitoreo, del restadiaje y de la lista reposición hídrica[3]. El dengue tiene un comportamiento dinámico, en el cual el paciente puede evolucionar rápidamente de una fase a otra, lo que hace importante el monitoreo continuo.

El manejo de la hidratación depende del estadiaje del paciente, pudiendo realizarse en casa, por vía oral, o ser necesaria hidratación endovenosa rigurosa en ambiente hospitalario. Se puede indicar en algunos casos el uso de expansores plasmáticos, plasma, vitamina K y criopreciptado[3].

Además de la hidratación, debemos hacer uso de los síntomas, para disminuir el incómodo del paciente[4]. Se debe evitar la vía intramuscular hasta que se conozca el conteo de plaquetas. Los salicilatos y los AINES son contraindicados, pues pueden causar o agravar sangrías[3].

La prevención de la enfermedad se basa en el control de vectores e inmunización efectiva. Una vacuna tetravalente puede estar disponible en breve. Es una vacuna compuesta de 4 cepas recombinantes de virus atenuados. Su eficiencia global es del 56% para los 4 serotipos pero hasta el 85% para dengue hemorrágico[11].

CONCLUSIÓN

En el caso relatado, aunque obteniendo prueba del lazo negativa en dos ocasiones, la paciente presentó trombocitopenia importante y señales de serositis vistos a la tomografía computadorizada abdominal.

El amplio espectro de presentación del dengue, pudiendo variar desde cuadros poco sintomáticos de fiebre, cefalea y mialgia, hasta cuadros de sangrías y choque, denota la importancia de la sospecha clínica cuando asociada al historial epidemiológico positivo. La prueba del lazo, exámenes de laboratorio y de imagen corroboran para el diagnóstico y auxilian el estadiaje para el adecuado manejo del paciente.

Tabla 2. Dengue *versus* Chikungunya - diagnóstico diferencial.

Characteristics	Dengue	Chikungunya
Fiebre	++	+++
Mialgia	++	+
Artralgia	+/-	+++
Rash cutáneo	+	++
Discrasias sanguíneas	++	+/-
Choque	+/-	-
Leucopenia	+++	++
Linfopenia	++	+++
Neutropenia	+++	+
Trombocitopenia	+++	+

Centers for Disease Control and Prevention. Preparedness and response for Chikungunyavirus. Introduction in the Americas

REFERENCIAS

1. Kliemann DA. Dengue no Rio Grande do Sul. Rev Epidemiol Control Infect. 2011;1(1):17-8.
2. Daumas RP, Passos SR, Oliveira RV, Nogueira RM, Georg I, Marzochi KB, et al. Clinical and laboratory features that discriminate dengue from other febrile illnesses: a diagnostic accuracy study in Rio de Janeiro, Brazil. BMC Infect Dis. 2013;13:77. DOI: http://dx.doi.org/10.1186/1471-2334-13-77
3. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Dengue: diagnóstico e manejo clínico: criança. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. p.52.
4. Giraldo D, Sant'Anna C, Périssé AR, March Mde F, Souza AP, Mendes A, et al. Characteristics of children hospitalized with dengue fever in an outbreak in Rio de Janeiro, Brazil. Trans R Soc Trop Med Hyg. 2011;105(10):601-3. DOI: http://dx.doi.org/10.1016/j.trstmh.2011.07.007
5. Pires Neto Rda J, de Sá SL, Pinho SC, Pucci FH, Teófilo CR, Evangelista PD, et al. Dengue infection in children and adolescents: clinical profile in a reference hospital in northeast Brazil. Rev Soc Bras Med Trop. 2013;46(6):765-8. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/0037-8682-1716-2013
6. Souza LJ, Pessanha LB, Mansur LC, Souza LA, Ribeiro MB, Silveira Mdo V, et al. Comparison of clinical and laboratory characteristics between children and adults with dengue. Braz J Infect Dis. 2013;17(1):27-31. DOI: http://dx.doi.org/10.1016/j.bjid.2012.08.020
7. Antunes AC, Oliveira GL, Nunes LI, Guedes Filho LA, Prado RS, Henriques HR, et al. Evaluation of the diagnostic value of the tourniquet test in predicting severe dengue cases in a population from Belo Horizonte, State of Minas Gerais, Brazil. Rev Soc Bras Med Trop. 2013;46(5):542-6. DOI:http://dx.doi.org/10.1590/0037-8682-0161-2013
8. Ferraz FO, Bomfim MR, Totola AH, Ávila TV, Cisalpino D, Pessanha JE, et al. Evaluation of laboratory tests for dengue diagnosis in clinical specimens from consecutive patients with suspected dengue in Belo Horizonte, Brazil. J Clin Virol. 2013;58(1):41-6.
9. World Health Organization. Dengue: Guidelines for diagnosis, treatment, prevention and control. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data; 2009.
10. Centers for Disease Control and Prevention. Preparedness and response for Chikungunyavirus. Introduction in the Americas. Pan Am J Public Health. 2011.
11. Guy B, Saville M, Lang J. Development of Sanofi Pasteur tetravalent dengue vaccine. Hum Vaccin. 2010;6(9). DOI:http://dx.doi.org/10.4161/hv.6.9.12739