

Dengue con datos de alarma en paciente obstétrica: Reporte de caso

Dengue with warning signs in an obstetric patient: A Case report

Elizabeth Duprat-Gaxiola^{1*}, Elier Sánchez-Romo¹, Fred Morgan-Ortiz², Carlos Ernesto Mora-Palazuelos²,
Karla Paola Gutiérrez-Castro², Daniela Guadalupe Franco-Somera³, Brisceyda Arce-Bojórquez^{2*}

1. Servicio de Ginecología y Obstetricia, Centro de Investigación y Docencia en Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma de Sinaloa. Culiacán, Sinaloa, México.
2. Centro de Investigación y Docencia en Ciencias de la Salud (CIDOCS-UAS).
3. Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Sinaloa, México

***Autor de correspondencia:** Dra. Brisceyda Arce Bojórquez.

Eustaquio Buelna #91, Col Burócrata, CP. 80030. Culiacán Rosales, Sinaloa, México.

Email: brisceyda.arce@uas.edu.mx

DOI <http://dx.doi.org/10.28960/revmeduas.2007-8013.v15.ne.016>

Recibido 26 de noviembre 2024, aceptado 30 de enero 2025

RESUMEN

En México el Dengue es la principal enfermedad transmitida por vector. Es una enfermedad con afectación multisistémica de cuadro clínico variable provocando desde fiebre leve hasta choque o incluso la muerte. Se presenta un fenómeno de reactividad cruzada en una segunda infección de cualquier miembro de los Flavivirus, haciendo difícil el diagnóstico diferencial en etapas tempranas entre dengue y sus distintos serotipos, zika y chikungunya por lo que es de suma importancia su diagnóstico oportuno para normar un tratamiento adecuado. Se presenta caso clínico de paciente obstétrica en segundo trimestre con dengue grave que acudió al servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Civil de Culiacán, la cual su evolución se fue complicando hasta llegar a la unidad de cuidados intensivos. Gracias al excelente manejo multidisciplinario y su evolución favorable causó alta sin complicaciones en el binomio y resultados laboratoriales normales en fase de recuperación.

Palabras clave: *Obstetricia, dengue, fisiología.*

ABSTRACT

In Mexico, dengue is the primary vector-borne disease. It is a multisystem illness with a variable clinical presentation, ranging from mild fever to shock or even death. A phenomenon of cross-reactivity occurs during a second infection with any member of the Flavivirus family, complicating early differential diagnosis between dengue and its various serotypes, Zika, and Chikungunya. Therefore, timely diagnosis is crucial for determining appropriate treatment. A clinical case is presented of an obstetric patient in the second trimester with severe dengue who attended the gynecology and obstetrics service at the Civil Hospital of Culiacán. Her condition progressively worsened, leading to admission to the intensive care unit. Thanks to excellent multidisciplinary management and a favorable evolution, she was discharged without complications for both mother and newborn, with normal laboratory results during the recovery phase.

Keywords: *Obstetrics, dengue, physiology.*

Introducción

El dengue es una enfermedad transmitida por un vector, el mosquito principalmente de la especie *Aedes aegypti* y *Aedes albopictus*. Actualmente existen distintas definiciones de esta enfermedad:

- a) Dengue: Enfermedad febril aguda caracterizada por fiebre, mialgias, artralgias, dolor retro ocular, cefalea, o datos de sangrado cutáneo.
- b) Dengue grave: Dengue asociado a hemorragia significativa, trastorno metabólico grave, choque o falla orgánica.
- c) Dengue con datos de

alarma: Dengue asociado a vómitos persistentes, intolerancia a la vía oral, dolor abdominal severo, letargia, ascitis o evidencia de derrame pleural, índice urinario disminuido, hepatomegalia, trombocitopenia leve, aumento de hematocrito más de 20% ¹.

El embarazo se considera un estado de inmunosupresión relativa, el cual permite la adaptación al feto, además la hemodilución fisiológica en el embarazo puede enmascarar trombocitopenia o leucopenia asociados a dengue ². Por lo anterior, se consideran pacientes de alto riesgo las pacientes obstétricas, junto con infantes y recién nacidos, adultos mayores, pacientes con comorbilidades asociadas, pacientes inmunocomprometidos o en tratamiento con anticoagulantes o inmunosupresores lo cual requiere monitoreo y manejo hospitalario ¹.

Existe evidencia de transmisión vertical, aunque las tasas son bajas, las gestantes pueden transmitir el virus del dengue al feto si presenta fase febril de la enfermedad 10 días antes del parto o 10 horas posparto ². La patogénesis se explica por un aumento de la permeabilidad en la microvasculatura dado por una respuesta inmune anormal, con una producción exagerada de citocinas ³. Cabe mencionar que en la actualidad no existe algún fármaco específico contra el virus del dengue ⁴. Por lo anterior, el objetivo de la presente investigación es reportar el caso de dengue grave con datos de alarma en paciente

obstétrica que acudió al servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Civil de Culiacán.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de paciente femenino de 22 años, embarazada, originaria y residente de Culiacán, Sinaloa, su ocupación es secretaria, soltera, escolaridad preparatoria trunca, refiere alergia a paracetamol y amoxicilina causándole rash, resto sin antecedentes personales patológicos de importancia para el padecimiento actual. Antecedentes gineco obstétricos: inicio de vida sexual activa a los 18 años, con dos parejas sexuales, 2 gestaciones, 1 aborto, secundigesta con embarazo de 15.5 semanas de gestación (sdg) datadas por ultrasonido traspolado del primer trimestre.

Inicia su padecimiento actual el día 12/10/24 refiriendo astenia, adinamia, dolor retro ocular, mialgias, rinorrea, artralgias, cefalea intensa, fiebre cuantificada en casa, cuadro gripal y dolor pélvico tipo cólico. A la exploración física se observó paciente cooperadora, consciente, con buena coloración de piel y tegumentos, sin datos de hemorragia, abdomen globoso a expensas de útero gestante, amígdalas hiperémicas, hipertróficas, se cuantifica temperatura en 38.9 °C. Se realiza rastreo ultrasonográfico observándose producto único vivo cefálico, situación indistinta, frecuencia cardiaca fetal de 170 latidos por minuto (lpm), y líquido amniótico nor-

mal. Al tacto vaginal se encuentra cérvix posterior, cerrado y salida de guante explorador limpio. Se decide su ingreso para estudio y manejo de fiebre.

A su ingreso a tococirugía el día 13/10/2024 se encontraron los siguientes signos vitales: presión arterial 132/78 mmHg, frecuencia cardiaca de 120 lpm, frecuencia respiratoria 30 lpm, y temperatura de 38.5 °C. Se inicia manejo empírico con clindamicina 600 mg vía endovenosa cada 8 horas, ibuprofeno como antipirético 600 mg por razón necesaria, progesterona 100 mg cada 24 horas vía oral, multivitamínico 1 tableta cada 24 horas y piperidolato 100 mg cada 8 horas vía oral. El mismo día se solicitaron paraclínicos los cuales reportaron: hemoglobina (Hb): 11.7 g/dL, hematocrito (Hto): 33.6%, Leucocitos (Leu): $5.490 \times 10^3/\mu\text{L}$, Linfocitos: 7%, Neutrófilos: 84%. Plaquetas (Plt): 130×10^3 , Tiempo de protrombina (TP): 13.7 seg, Tiempo de trombo-plastina parcial (TTP): 34.4 seg; Glucosa (Glu): 100 mg/dL, Urea: 11 mg/dL, Creatinina: 0.5 mg/dL. Paciente continúa hemodinámicamente estable sin datos de choque, índice urinario cuantificado adecuado de 3.05 ml/kg/hora.

Para el día 14/10/2024 se solicitan nuevamente estudios de laboratorio, observando lo siguiente: Hb: 10.4 g/dL, Hto: 30.6%, Leu: $2.940 \times 10^3/\mu\text{L}$, Linfocitos: 12%, Neutrófilos: 76%, Plt: 96×10^3 , Pruebas de función hepática (PFH) dentro de parámetros normales. Además, se realizaron pruebas serológicas para confirmar

dengue; anticuerpos IgG: positivo, IgM; negativo; Antígeno NS1: Positivo. Panel respiratorio positivo a rinovirus. Se establece diagnóstico de dengue con datos de alarma. Por lo anterior, se realizó cambio de antipirético por metamizol sódico intravenoso 1 gr por razón necesaria.

La paciente continúa con mal estado general, febril, resto de signos vitales dentro de parámetros normales, se solicita biometría hemática de control el día 15/10/2024 observándose: Hb: 10.1 g/dL, Hto: 29.8%, Leu: $1.790 \times 10^3/\mu\text{L}$, Plt: $68 \times 10^3/\mu\text{L}$, transaminasa oxalacética (TGO): 162 U/L, transaminasa glutámico pirúvica (TGP): 130 U/L, bilirrubinas y resto de analítica normal. Por lo que se interconsulta a servicio de medicina interna el mismo día integrando diagnóstico de dengue no grave con datos de alarma e infección de vías respiratorias altas viral más anemia leve, continuando febril, hemodinámicamente estable, sin datos de hemorragia o choque, en fase crítica de la enfermedad con monitorización continua, se administra solución Hartmann 1000 cc para 8 horas, analgesia con metamizol 1 gramo cada 8 horas vía intravenosa, y se solicita ultrasonido abdominal general el cual reporta 15/10/24 útero con presencia de feto único vivo con peso fetal estimado de 185 gramos, de 17.1 sdg por fetometría, ausencia de líquido libre, hígado de tamaño y ecogenicidad normal, estudio sin evidencia de alteraciones.

Por los hallazgos anteriores, se deriva el mismo día 15/10/24 a la unidad de cuidados intensivos (UCI) por aumento en transaminasas TGO 162 U/L, TGP 130 U/L elevándose respecto a control previo, y disminución de conteo plaquetario reportándose en $47 \times 10^3/\mu\text{L}$, continúa con manejo mencionado sin datos de choque o hemorragia. Posteriormente se solicitan laboratoriales el día 17/10/24 donde se reporta Hb: 10.6 g/dL, Hto 31.1%, Plt: $14 \times 10^3/\mu\text{L}$ por lo que se indica transfusión de dos aféresis plaquetarias el mismo día durante el turno vespertino, presentando aumento en Plt $19 \times 10^3/\mu\text{L}$ en la biometría control del día 18/10/2024, por lo que se indica tercera y última transfusión de aféresis plaquetaria el mismo día. Finalmente, en el control del día 19 se observa una mejoría: Hb: 10.2 g/dL, Hto: 31.2 %, Leu: $3.490 \times 10^3/\mu\text{L}$, linfocitos: 35%, neutrófilos: 49%, Segmentados: 49%, Plt: $48 \times 10^3/\mu\text{L}$, TGO: 338 U/L, TGP: 213 U/L.

Se decide su egreso de UCI e ingreso a pabellón de maternidad el día 21 mostrando mejoría en estado general y paraclínicos. Se reporta Hb: 10.9 g/dL, Hto: 31.6%, Leu: $5.590 \times 10^3/\mu\text{L}$, linfocitos: 30%, neutrófilos: 42%, Plt: $102 \times 10^3/\mu\text{L}$. Por último, causó egreso el día 22/10/24 con bienestar materno-fetal y paraclínicos normales en fase de recuperación.

DISCUSIÓN

El dengue es una enfermedad infecciosa aguda, producida por el virus del dengue. El virus del dengue es un flavivirus derivado de la familia *Flaviviridae*, existen cuatro serotipos descritos distintos (DENV-1, DENV-2, DENV-3 y DENV-4), siendo un virus ácido ribonucleico (ARN) monocatenario ⁵.

El ciclo de vida del virus del dengue inicia desde transmisión por vector, agregándose a células dendríticas y macrófagos, para migrar a los nódulos linfáticos regionales. Posteriormente por distintos procesos de entrada y adhesión viral se fusiona a la membrana viral y endosoma, se libera la nucleocápside, se da lugar a un ensamblaje viral, maduración viral y liberación de partícula madura del virus del dengue. Comienza la replicación del genoma del ARN ya que en la membrana celular este actúa como ARN mensajero (ARNm).

La proteína NS1 comparte una secuencia similar en un 70% de los virus del dengue, y presenta además una similitud en su secuencia de un 40-50% con otros Flavivirus, por lo tanto, se puede producir una reacción cruzada entre los distintos serotipos del dengue y entre otros flavivirus ⁴. La fisiopatología del dengue está influenciada tanto por factores propios del virus y del huésped los cuales no se comprenden en su totalidad en la actualidad. El dengue grave se

puede dar en pacientes con infección secundaria con una cepa hetero típica del dengue y en neonatos nacidos de madres inmunizadas contra el dengue. La patogénesis se explica por un aumento de la permeabilidad en la microvasculatura dado por una respuesta inmune anormal, con una producción exagerada de citocinas ³.

El periodo de incubación varía entre 4 a 10 días típicamente entre 3-7 días, el dengue presenta un amplio espectro de severidad que puede ir desde una infección asintomática hasta un caso fatal. En ese sentido, existen 3 fases clínicas descritas, fase febril, fase crítica y fase de recuperación. La fase febril suele durar desde 3-7 días y se describen síntomas asociados como cefalea, artralgias, mialgias, vómito y anorexia. La paciente presentada en el reporte de caso actual presentó principalmente síntomas como cefalea, artralgias.

Posteriormente inicia la fase crítica la cual se caracteriza por riesgo más alto de complicaciones caracterizada principalmente por pérdida del volumen plasmático y/o hemorragia, la paciente reportada presentó una fase crítica de 4 días. En esta fase se observa un aumento del hematocrito explicándose por el aumento de la permeabilidad vascular, en esta fase se inician mecanismos de compensación, pero al seguir con el curso natural de la enfermedad se podría llegar al choque y falla multiorgánica. Además, puede presentarse aumento de líquido pleural,

peritoneal y aumenta la concentración de Hto, hallazgos que no se evidenciaron en la paciente reportada. Un aumento del Hto mayor al 20% de su valor basal, e hipoalbuminemia son indicadores o datos de alarma ¹⁻⁵.

Por último, la fase de recuperación donde los síntomas evolucionan hacia la mejoría y existe recuperación paulatina de la permeabilidad vascular, con mejoría de sintomatología y paraclínicos.

La fase de recuperación es donde se inicia a reabsorber líquido extravasado en tercer espacio, y disminuye la extravasación vascular. En esta fase los pacientes pueden presentar rash y prurito, bradicardia, hemodilución, aumento del conteo leucocitario, y plaquetario. Esta fase se presentó durante el octavo día de estancia intrahospitalaria en la paciente abordada en esta revisión. Finalmente, la paciente presentó dengue con datos de alarma, dado por el reporte de trombocitopenia severa con necesidad de transfusión de aféresis plaquetarias, nunca presentó datos de hemorragia significativa, choque o falla orgánica.

Por otro lado, el diagnóstico del dengue puede ser confirmado con distintas pruebas, en la etapa febril puede diagnosticarse mediante aislamiento del virus, detección de ARN mediante la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) con la desventaja que se limita a la detección en

fase aguda de la infección, o detección de antígenos NS1 mediante ensayos ELISA e inmunocromatográficos rápidos pueden detectarlo hasta 9 días posterior a inicio de patología. En este caso la patología fue confirmada con detección de antígenos NS1 en el día 1 de la fase febril.

Actualmente no existe tratamiento específico para esta patología, las opciones terapéuticas actuales consisten en medidas de apoyo, y tienen como objetivo disminuir la sintomatología y limitar complicaciones. Uno de los pilares para cumplir dicho objetivo es la fluidoterapia, la reposición de líquidos por vía endovenosa se debe realizar en pacientes con dengue grave para prevenir un estado de choque ¹. En la actualidad no existe algún fármaco específico contra el virus del dengue ⁴.

La paciente obstétrica se considera una paciente de alto riesgo hablando de la patología tratada en este reporte, su diagnóstico se vio retrasado un día por sintomatología de vías respiratorias, por lo que es de suma importancia conocer y detectar los principales síntomas y consecuencias que puede tener esta enfermedad que dependen principalmente de la inmunidad previa de la madre frente al virus, el tiempo transcurrido de la infección (fase de enfermedad) y de la atención medica multidisciplinaria de manera oportuna. Se requieren estudios

complementarios para comprender la patogénesis de la enfermedad, y en un futuro establecer un tratamiento que sea efectivo en todos los serotipos del virus del dengue que oportunamente disminuya los síntomas, y sea tolerado adecuadamente con mínima toxicidad para así limitar la morbimortalidad asociada a esta patología.

El diagnóstico no se debe retrasar, debido a que el cuadro clínico de la patología tratada es muy similar en paciente obstétrica y en la población en general, la mitad de los casos de dengue grave en embarazadas presenta prueba de lazo positiva y el número de plaquetas disminuidas, algunas complicaciones descritas por dengue en embarazo son restricción de crecimiento intrauterino, muerte fetal en primer y segundo trimestre o muerte materna ⁶.

En estudios previos se compararon datos de recién nacidos y fetos de mujeres que desarrollaron la enfermedad por dengue durante el embarazo, y se concluyó que tuvieron mayor riesgo de bajo peso al nacer, mayor frecuencia de prematuridad y sufrimiento fetal, pero se necesita más investigación con tamaño de muestras mayores para confirmar estos resultados ⁷. El seguimiento de los recién nacidos que cursan con trombocitopenia, fiebre y hepatomegalia, suelen ser diagnosticados como sepsis neonatal, la transmisión vertical es sumamente rara, pero podría plantearse el diagnóstico de dengue por

presencia de IgG e IgM específica tanto en madre como en neonato ⁸.

A lo largo de las décadas continúa la búsqueda del descubrimiento de una vacuna contra el virus del dengue, sin embargo, se continúa en estudio por distintas limitaciones como los distintos serotipos del virus, variantes del virus y replicación viral insuficiente para descubrir una vacuna contra el dengue. La principal estrategia de prevención actual contra esta patología es la educación de la población para eliminar criaderos de este vector, y fumigación de áreas endémicas ⁹. En conclusión, el embarazo combinado por una enfermedad como el dengue es considerado como un embarazo de alto riesgo, por lo que es prioritario el diagnóstico oportuno y un manejo óptimo por parte de un equipo multidisciplinario para evitar complicaciones al binomio, gracias a dichas maniobras nuestra paciente evolucionó favorablemente y pudo causar alta junto con su recién nacido.

Referencias

1. Bhalla A, Singh H, Suri V, Yaddanapudi L, Poddar B, Ghawat R, et al. ISCCM position statement: Management of Severe Dengue in Intensive Care Unit. *Indian J Crit Care Med* [Internet]. 2024;28(Suppl 2):S42–58. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5005/jp-journals-10071-24748>
2. Mulik V, Dad N, Buhmaid S. Dengue in pregnancy: Review article. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* [Internet]. 2021;261:205–10. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2021.04.035>
3. Kularatne SA, Dalugama C. Dengue infection: Global importance, immunopathology and management. *Clin Med* [Internet]. 2022;22(1):9–13. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7861/clinmed.2021-0791>
4. Harapan H, Michie A, Sasmono RT, Imrie A. Dengue: A minireview. *Viruses* [Internet]. 2020;12(8):829. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/v12080829>
5. Kok BH, Lim HT, Lim CP, Lai NS, Leow CY, Leow CH. Dengue virus infection - a review of pathogenesis, vaccines, diagnosis and therapy. *Virus Res* [Internet]. 2023;324(199018):199018. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.virusres.2022.199018>
6. Purizaca Benites M. El dengue y embarazo. *Rev Peru Ginecol Obstet* [Internet]. 2015;55(3):199–210. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.31403/rpgo.v55i293>
7. Dengue En El Embarazo Efectos En El Feto Y El Recién Nacido BN, Restrepo DM, Isaza CL, Salazar JL, Ramírez GE. Dengue en el embarazo: efectos en el feto y el recién nacido. *Ruth Ramírez Biomédica*. 2003;23.
8. Jaroszuk M. Enfermedad del dengue en el embarazo, *Rev. de Posgrado Cát. Medicina*. 2011.
9. Ochoa Ortega Max Ramiro, Casanova Moreno María de la Caridad, Díaz Domínguez María de Los Ángeles. Análisis sobre el dengue, su agente transmisor y estrategias de prevención y control. *AMC* [Internet]. 2015 Abr [citado 2025 Mar 06] ; 19(2): 189-202. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_art-text&pid=S102502552015000200013&lng=es.