

Dengue Neonatal, Reporte de un Caso. Hospital Infantil del Estado de Sonora. Neonatología.

Francisco Fajardo-Ochoa*
Norma De La Re-Montaño**
Carlos Ulises Araiza-Martínez***

RESUMEN

Introducción: La fiebre por dengue es una enfermedad infecciosa producida por un flavivirus, el cual es transmitido por el mosquito *Aedes aegypti*. Comúnmente produce un cuadro febril acompañado de mal estado general y cefalea retro-ocular. La infección durante el embarazo esta poco descrita y puede abarcar desde cuadros asintomáticos hasta formas graves con elevada morbilidad y mortalidad materno fetal.

Caso Clínico: Se reporta el caso de un neonato de 6 días de vida que presenta un cuadro febril. El paciente cuenta con el antecedente materno de un cuadro clínico sospechoso de dengue en el puerperio inmediato. Los estudios complementarios en el recién nacido confirman el diagnóstico de dengue. La evolución fue favorable y el paciente se egresó sin complicaciones.

Conclusión: El dengue neonatal es un cuadro poco común. La transmisión materno-fetal se puede presentar en cualquier etapa de la gestación por lo que la infección por el virus debe ser considerada en zonas endémicas ante la presencia de un cuadro sugestivo de fiebre, irritabilidad y trombocitopenia.

Palabras Clave: Dengue, Dengue Neonatal, Recién Nacido, Síndrome Febril.

ABSTRACT

Introduction: Dengue fever is an infectious disease caused by a flavi virus which is transmitted by the mosquito *Aedes aegypti*. Commonly produces fever accompanied by muscle and joint pains and head ache. During pregnancy is poorly described and can range from asymptomatic to severe forms with high maternal and fetal morbidity and mortality.

Case Report: We report the case of A 6 -day-old newborn with fever. The patient has the maternal history of a clinically suspected dengue fever in the immediate postpartum period. Complementary studies in the newborn confirm the diagnosis of dengue fever. The outcome was favorable and the patient was discharged without complications.

Conclusion: Neonatal dengue is a rare disease. The maternal-fetal transmission may occur at any stage of pregnancy so the virus infection should be considered in endemic areas in the presence of a suggestive symptoms like fever, irritability and thrombocytopenia.

Key Words: Dengue fever, neonatal dengue, newborn, febrile syndrome.

* Pediatra. Maestro en Educación, Profesor adjunto en el Curso de Neonatología de la UNAM. Miembro de la Academia Mexicana de Pediatría.

** Pediatra, Profesor Colaborador en el Curso de Neonatología de la UNAM, Adscrito al Servicio de Neonatología del HIES.

*** Pediatra, Médico Residente de Primer año de la Subespecialidad de Neonatología en HIES.

Correspondencia: Dr. Francisco Fajardo Ochoa. www.hies.gob.mx, ffajardo11@gmail.com, Servicio de Neonatología, Hospital Infantil del Estado de Sonora. Reforma 355 Norte, Col. Ley 57, CP 83100, Hermosillo, Sonora, México, Tel/Fax (662)2890600.

INTRODUCCIÓN

El dengue es una enfermedad infecciosa aguda producida por un flavivirus de la familia Flaviviridae, que posee una cadena de ARN sencilla y cuenta con cuatro serotipos antigénicos (DEN 1 – DEN 2 – DEN 3 – DEN 4). Esta enfermedad es transmitida por mosquitos de hábitos peri domiciliarios del género Aedes. En América el vector conocido es Aedes aegypti¹.

Es una de las enfermedades reemergentes más importantes en el mundo actual. Origina entre 50 y 100 millones de casos anuales en más de 100 países; en la mayoría de los casos se manifiesta como síndrome gripal o cuadro febril indiferenciado y en más de 500 000 pacientes como dengue hemorrágico. Causa alrededor de 24 000 defunciones al año, con un alta incidencia en pacientes pediátricos¹.

El periodo de incubación de la enfermedad suele ser de 3 a 8 días y puede afectar a cualquier grupo etario. La infección durante el embarazo esta poco descrita y puede abarcar desde cuadros asintomáticos hasta formas graves con elevada morbilidad y mortalidad materno fetal dependiendo del serotipo circulante, inmunidad previa y el momento de adquisición durante la gestación. La transmisión vertical es infrecuente, reportándose en algunas series de casos una incidencia menor al 0.3%¹.

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Masculino de 6 días de vida, que ingreso al servicio de Neonatología del Hospital Infantil del Estado de Sonora (HIES), procedente del servicio de Alojamiento Conjunto con el diagnóstico de sospecha de Sepsis Tardía por Onfalitis.

Madre de 25 años de edad originaria de Hermosillo, ama de casa, escolaridad preparatoria. Niega toxicomanías. Se refieren 5 consultas de control prenatal, recibiendo suplemento de hematinicos, con 2 ultrasonidos obstétricos (USG) normales.

Producto del quinto embarazo, normo evolutivo. Nació por parto eutócico vaginal en medio hospitalario, sin problemas al nacimiento, con calificación de Apgar 9/9 y con peso de 3,500 grs.

La madre durante su primer día de puerperio presenta elevación térmica de 38°C iniciando protocolo de estudio para fiebre, reportándose una biometría hemática con leucopenia y trombocitopenia, clínicamente con cuadro compatible para dengue caracterizado por cefalea retro ocular, fiebre persistente y mal estado general. El Recién Nacido (RN) se mantuvo en vigilancia en área de alojamiento conjunto, presentando al 6to. día de vida febrícula de 37.5°C; a la exploración física se mostraba activo. Sistema cardiovascular y respiratorio sin

compromiso, leve secreción por muñón umbilical no fétida. Resto de exploración física normal. Se solicitan reactantes de fase aguda en los que se observa Leucopenia y Trombocitopenia por lo que ante sospecha de Sepsis Tardía secundaria a onfalitis se decide ingreso al servicio de Neonatología para continuar con vigilancia y tratamiento.

Durante sus primeros días de estancia se inicia esquema antimicrobiano a base de Cefotaxima/ Dicloxacilina a dosis convencionales, el paciente cursa en sus primeros días de estancia con elevación térmica hasta 38°C. Sin otras alteraciones a la exploración física. Se comenta por parte del servicio de Ginecología-Obstetricia la sospecha de Dengue en la madre por lo que se solicita estudio complementario al RN ante sospecha de Dengue Neonatal. Al segundo día de estancia se realiza Biometría Hemática completa (BHC), la cual reporta trombocitopenia severa (7000 x mm³) por lo que se transfiere al servicio de Terapia Intermedia donde se deja en ayuno y se inicia transfusión de concentrados plaquetarios a 10 ml kg dosis cada 8 hrs. por alto riesgo de sangrado.

El paciente evoluciona de manera favorable durante su estancia, sin evidencia de sangrado a ningún nivel y sin presentar datos de compromiso hemodinámico, al día 14 de vida se reporta prueba de antígeno no estructural (NS1-EARLY ELISA) positivo: 37.78 confirmando caso de dengue. Se mantuvo con transfusión de concentrado plaquetario por 2 días y nuevo control de Biometría Hemática con recuperación de plaquetas (128,000 x mm³) y el resto de los exámenes de laboratorio negativo así como Hemocultivo negativo. Se reinició la alimentación por vía oral con buena tolerancia y siendo egresado por mejoría con control de seguimiento por la consulta externa del servicio, junto con la madre quien tuvo también un cuadro favorable con recuperación total.

DISCUSIÓN

El dengue se ha convertido en un problema de salud pública en las comunidades urbanas de los países tropicales debido a la rápida expansión de la infestación del vector⁴. La primera epidemia de dengue hemorrágico en América ocurrió en Cuba en 1981 y en México fue en 1995⁵.

El patrón de diseminación en el país ha sido de Sur a Norte, a lo largo de los estados del sureste y el golfo hacia la mayoría de las entidades de la república, sobre todo aquellas que por sus características geográficas, demográficas y sociales propician la presencia del vector y por tanto de la enfermedad. Durante los primeros años de la epidemia los estudios virológicos mostraron únicamente la presencia del dengue virus DEN-1 en los estados afectados; 10 años más tarde ya se habían

identificado los serotipos DEN-2 y DEN-4 y en 1995 se detectó por primera vez el serotipo DEN - 3 en la frontera sur, en el golfo de México y en el norte del país lo cual coincidió con la primera epidemia de dengue hemorrágico en nuestro país, en la que se registraron 539 casos¹.

En la actualidad la enfermedad está presente en 29 estados, donde residen más de 50 millones de personas y se han encontrado los cuatro serotipos y en algunas entidades hay evidencia de la circulación simultánea de dos o más. Estos fenómenos han estado relacionados con la permanencia de la epidemia y el incremento de casos hemorrágicos graves¹.

En México según la Dirección General de Epidemiología en su informe publicado para la semana estadística No. 47 (actualizado al 24 de Noviembre 2014) se han Confirmado 28,109 casos con un total de 33 defunciones lo que arroja una letalidad de 0.43* (*Por 100 casos). El 55% de los casos confirmados pertenecen a los Estados de; Baja California Sur, Oaxaca, Sinaloa, Sonora y Veracruz².

Existen pocos informes que documenten la forma de presentación y la evolución del dengue durante el embarazo. La forma de presentación depende del momento de la gestación, de infecciones previas y de la forma clínica de la enfermedad. En general, las embarazadas con infección por virus dengue tienen una evolución favorable, pero en el primer trimestre ha sido comunicado un aumento importante de abortos. La principal complicación en el parto es el sangrado uterino¹.

Los síntomas en el recién nacido han sido descritos desde las 9 horas posparto hasta los 11 días de vida, con una media de 4 días, esto coincide con el caso que aquí se presenta. Debido a esto, el hijo de madre con sospecha de dengue debe ser cuidadosamente seguido durante las dos primeras semanas de vida, pues es el período de aparición de la enfermedad en el recién nacido⁶.

La presentación clínica varía desde la forma leve, que es la más común, hasta formas graves con compromiso multisistémico. La fiebre, el exantema y la hepatomegalia son los signos y síntomas más frecuentes del dengue congénito. La trombocitopenia, la leucopenia y el aumento de las transaminasas unas 5-10 veces de los valores normales son parámetros de laboratorio característicos en

los neonatos con esta patología. Las formas más graves de la enfermedad en el recién nacido son raras y se presentan con clínica de sepsis y compromiso multiorgánico, hemorragia digestiva, hemorragia intracraneana y muerte. Estas se hallan en relación con la gravedad de la enfermedad en la madre y con la presentación de la enfermedad durante el peri parto inmediato, debido a la transmisión viral previa a la producción de los anticuerpos protectores maternos⁷.

La evolución en la mayoría de los casos reportados es auto limitado y favorable, con normalización de los parámetros clínicos y de laboratorio entre los 7 y 10 días posteriores al diagnóstico.

El diagnóstico en el recién nacido se realiza en base a métodos serológicos (ELISA-IgM e IgG), detección de antígeno NS1, cultivo viral y técnicas moleculares (RT-PCR). La evolución serológica ha sido descrita por Watanaveeradej et al. Quienes estudiaron la transmisión vertical de anticuerpos de dengue en 250 duplas madre-niño y observaron que todas las madres seropositivas pasaron los anticuerpos a sus niños. La desaparición de anticuerpos maternos fue del 3% a los 2 meses, 19% a los 4 meses, 72% a los 6 meses, 99% a los 9 meses y 100% al año de vida⁸. En nuestro paciente se logró determinar la presencia del antígeno NS 1; este antígeno NO estructural aparece en los primeros cinco días del inicio de la enfermedad, cuando existe replicación viral en el huésped, misma que indica la presencia del virus y permite establecer el diagnóstico de forma temprana y oportuna¹.

CONCLUSIÓN

En nuestro país el dengue sigue teniendo una alta incidencia y distribución general, por lo que en las zonas endémicas el personal de salud debe estar capacitado para reconocer los síntomas de forma temprana y brindar un tratamiento oportuno; a pesar de que la transmisión vertical es poco frecuente, se debe tener en consideración como parte del diagnóstico diferencial en una paciente Embarazada que presente fiebre en el periodo peri parto o puerperal además de dar el seguimiento adecuado al recién nacido.

REFERENCIAS

- 1.- Fajardo G, Moctezuma J. El dengue en México. Conocer para mejorar la calidad de la atención. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2012; 50 (6) 631-9.
- 2.- SECRETARIA DE SALUD. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Dirección General de Epidemiología. Fuente: Sistema Especial de Vigilancia Epidemiológica de Dengue Semana epidemiológica 47 (24 de Noviembre 2014).
- 3.- Morfin JC, Hernandez P. Reporte de un caso de dengue neonatal. Bol Med Hosp Infant Mex. 2006; 63(3): 202-6.
- 4.- Espinoza F, Hernández CM, Rendón R, Carrillo ML, Flores JC. Transmisión interepidémica del dengue en la ciudad de

Colima. México. Salud PublicaMex. 2003; 45: 365-70.

5.- Méndez A, González G. Dengue hemorrágico en niños: diez años de experiencia clínica. *Biomed.* 2003; 23: 180-93.

6.- Lum LC, Goh AY, Chan PW, El-Amin Al, Lam SK. Risk factors for hemorrhage in severe dengue infection. *J Pediatr* 2002; 140(5): 629-31.

7.- Thaithumyanon P, Thisyakorn U, Deejnawong J, Innis BL. Dengue infection complicated by severe hemorrhage and vertical transmission in a parturient woman. *Clin Infect Dis* 1994; 18(2):248-9.

8.- Pengsaa K, Luxemburger C, Sabchareon A, Limkittikul K. Dengue virus infections in the first 2 years of life and the kinetics of transplacentally transferred dengue neutralizing antibodies in Thai children et al.. *J infect Dis* 2006; 194(11): 1570-6.