

Caso clínico

Faringitis pultácea asociado a dengue – Presentación de Caso Corrientes - Argentina

Gomez-Francisco (1), Meza-Elba (2), Benitez-Sosa C.,S. (2).

(1) Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Depto. de Medicina Familiar y Aps (Atención Primaria de la Salud) – Hospital Escuela de Corrientes – Argentina. Miembro Laconde; (2) Médica Especialista en Epidemiología - Dirección de Epidemiología - Ministerio de Salud Pública, Argentina - Miembro Laconde.

Resumen

Se define como caso de dengue sospechoso a toda persona de cualquier edad y sexo que presenta fiebre, de menos de siete (7) días de duración **sin afección de las vías aéreas superiores ni otra etiología definida**, acompañada de dos o más de los siguientes signos: Cefalea y/o dolor retroocular, malestar general, mioartralgias, diarreas, vómitos, anorexia y náuseas, erupciones cutáneas, petequias o prueba del torniquete positiva, leucopenia, plaquetopenia y que se encuentre o haya estado en una zona de transmisión viral demostrada. El objetivo de este trabajo es alertar al Médico Clínico o de Atención Primaria sobre la posibilidad de una presentación concomitante de la faringitis pultácea con casos de dengue. Describiendo dos casos que presentaron ambas entidades nosológicas, que de apegarse a la definición de caso sospechoso de dengue, implicaría descartar el diagnóstico de dengue con el consecuente diseminación de la enfermedad al no realizarse las medidas de control de foco correspondiente. La provincia de Corrientes, Argentina, durante el año 2016, confirmó 648 casos de dengue a DEN 1, de los cuales 52 casos (8%) presentaron faringoamigdalitis, Un número importante si se tiene en cuenta el riesgo de no registrarlos y de no saberse portador de la misma y desconocer los síntomas de alarma pueden llegar a ser mortales si no son detectados a tiempo.

Palabras clave: Faringitis Pultacea, Dengue

Abstract

A case of suspected dengue is defined as any person of any age and sex who presents fever, less than seven (7) days long without upper airway involvement or other defined etiology, accompanied by two or more of the following signs: Headache and / or retroocular pain, malaise, myoartralgia, diarrhea, vomiting, anorexia and nausea, skin rashes, petechiae or positive tourniquet test, leukopenia, thrombocytopenia and who is or has been in an area of proven viral transmission. The objective of this work is to alert the Clinical or Primary Care Physician about the possibility of a concomitant presentation of pharyngeal pharyngitis with cases of dengue. Describing two cases that presented both nosological entities, that of adhering to the definition of a case of a dengue suspect, would imply discarding the diagnosis of dengue with the consequent dissemination of the disease since the corresponding focus control measures were not carried out. The province of Corrientes, Argentina, during 2016, confirmed 648 cases of dengue to DEN 1, of which 52 cases (8%) presented pharyngotonsillitis, an important number if one takes into account the risk of not registering them and of not knowing carrier of the same and ignore the alarm symptoms can become deadly if they are not detected on time.

Key words: Pharyngitis Pultacea, Dengue

Introducción

En el contexto de un gran brote de Dengue, sufrido en la provincia de Corrientes, Argentina, en el país y en las regiones de las Américas durante el año 2016, la provincia confirmó 648 casos de dengue a DEN 1, de los cuales requirieron internación por síntomas de alarma 16 casos, todos con buena evolución. Se comparte experiencias respecto a situaciones de casos individuales cuya presentación clínica no coincidía con la definición de caso sospechoso de dengue.

Si bien la casuística con la que se cuenta no se considera significativa como para afirmar que se trataría de un cambio en la presentación clínica o en la definición de caso de dengue, el propósito de este trabajo es alertar al médico clínico o de Atención Primaria sobre la posibilidad de una presentación concomitante de la faringitis pultácea con casos de dengue

Caso clínico 1

Paciente de sexo femenino de 34 años de edad, obesa, que consulta por fiebre 72 horas de evolución, acompañada de mialgias, artralgias, cefalea, dolor retroocular y odinofagia.

Al examen físico se constata fiebre de 38 °C, TA 140/90, FC 98, FR 18.

Normocefala, pupilas isocóricas, normoreflexivas, narinas permeables, boca simétrica, lengua seca, fauces congestivas.

Torax simétrico, buena entrada bilateral de aire sin ruidos agregados, expansión de bases y vértices conservados, sonoridad conservada.

Abdomen blando depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, RHA (+).

Puño percusión lumbar bilateral (-), puntos ureterales negativos.

Articulaciones libres y simétricas, dolorosa a la movilización activa y pasiva.

No presenta clonus, babinsky ni signos meníngeos.

Se solicita hemograma, glucemia, uremia, serología dengue.

Se indica paracetamol 500 mg cada 8 hs, hidratación por vía oral, uso de repelente para mosquitos, reposo, se explica signos de alarma y se cita a control en 48 hs.

A las 48 hs la paciente concurre a control clínico refiriendo persistencia de los signos y síntomas y aumento

de la odinofagia. Presentando laboratorio que informa hematocrito: 37 %, glucemia 183, uremia 32, creatinina 0,89 mg %, Glóbulos blancos 4600, plaquetas, 105000 mm³, pendiente serología dengue.

Al examen físico se constata fiebre de 39°C y la presencia de placas en faringe (faringoamigdalitis pultácea), resto del examen físico sin modificaciones.

Se indica Amoxicilina 1,5g /día, paracetamol 500 mg cada 8 hs, hidratación por vía oral, uso de repelente para mosquitos, reposo, se explica signos de alarma y se cita a control en 48 hs.

A las 48 hs la paciente concurre a control con laboratorio que informa serología dengue positivo IGM. Afebril con eritema generalizado y refiriendo prurito en palma de las manos. Fauces congestivas sin placas. Resto del examen físico sin particularidades.

Caso clínico 2

Paciente de sexo masculino, de 18 años de edad que consulta por sensación de cuerpo caliente sin hipertermia constatada, alitosis y odinofagia de 24 hs de evolución.

Al examen físico se constata fiebre 39,5°C, FC 90, TA 110/60, FR 16

Normocefalo, pupilas isocóricas, normoreflexivas, narinas permeables, boca simétrica, lengua saburral, fauces congestivas con lesiones compatibles con faringoamigdalitis pultácea.

Torax simétrico, buena entrada bilateral de aire sin ruidos agregados, expansión de bases y vértices conservados, sonoridad conservada.

Abdomen blando depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, RHA (+).

Puño percusión lumbar bilateral (-), puntos ureterales negativos.

Articulaciones libres y simétricas, no dolorosa a la movilización activa y pasiva.

No presenta clonus, babinsky ni signos meníngeos.

Se indica Amoxicilina 1,5g /día, paracetamol 500 mg cada 8 hs, medidas de sostén y control a las 72 hs.

A las 48 hs el paciente concurre a control por un desmejoramiento general, refiriendo la presencia de cefalea, mialgias y artralgia generalizada.

Constatándose al examen físico, deshidratación moderada, por lo que se decide su internación en sala general. Se solicita hemograma, glucemia, uremia. RX de torax.

Se indica ceftriaxona 2 g /día, PHP 2000 cc /día, dipirona 1g cada 8 hs, nebulizaciones con solución fisiológica cada 4 hs, ranitidina 50 mg cada 8hs . Dieta general.

Se recibe laboratorio que informa hematocrito 34 %, glóbulos blancos 3200, plaquetas 80000. Resto sin particularidades. RX de torax sin particularidades.

A las 24 hs de su internación presenta epistaxis leve por lo que se solicita serología para dengue. Que informa NS1 (+) mas PCR detectable DEN 1.

Ambos casos clínicos evolucionaron favorablemente y sin complicaciones. Recibiendo el alta médica a los 10 días.

Discusión

El dengue es una enfermedad causada por un virus que se transmite a través de la picadura de un mosquito perteneciente al género *Aedes*, principalmente el *Aedes aegypti*, vector de la enfermedad.¹ Este mosquito tiene hábitos domiciliarios, por lo que la transmisión es predominantemente doméstica.² El virus del dengue pertenece a la familia *Flaviviridae* y existen cuatro variantes, los serotipos 1, 2, 3 y 4. La infección con un serotipo determinado confiere inmunidad permanente contra el mismo (inmunidad homóloga), y sólo por unos meses contra el resto de los serotipos (inmunidad heteróloga). Cualquier serotipo puede producir formas graves de la enfermedad, aunque los serotipos 2 y 3 han sido asociados a la mayor cantidad de casos graves y fallecidos².

Presentación clínica

La infección por dengue puede ser clínicamente inaparente o puede causar una enfermedad de variada intensidad. Luego del período de incubación (generalmente de 5 a 7 días, con un rango de 3 hasta 14 días, pueden aparecer las manifestaciones clínicas. Las formas sintomáticas leves se manifiestan con un cuadro febril agudo, de duración limitada (2 a 7 días); mientras que en otros casos la fiebre se asocia a intenso malestar general, cefalea, dolor retro ocular, dolor muscular y dolores articulares. En no más del 50% de los casos estos síntomas pueden acompañarse de un exantema no patognomó. Se debe sospechar dengue en todo caso de síndrome febril inespecífico definido como:

- Persona de cualquier edad y sexo que presenta fiebre, de menos de siete (7) días de duración sin afección de las vías aéreas superiores ni otra etiología definida, acompañada de dos o más de los siguientes signos:

- Cefalea y/o dolor retroocular,
- Malestar general, mioartralgias,

- Diarrea, vómitos
- Anorexia y náuseas,
- Erupciones cutáneas,
- Petequias o prueba del torniquete² positiva,
- Leucopenia, plaquetopenia, (solo si está disponible)²

En referencia a **la definición de caso sospechoso de Dengue**, uno de los conceptos fundamentales es que no debe existir compromiso de las vías aéreas superiores, así como la ausencia de un foco infeccioso evidente que justifique el cuadro febril.

La faringitis aguda es una de las causas más frecuentes de consulta médica^{3, 4}. En un estudio realizado en 2004 en la Ciudad de Buenos Aires y el conurbano bonaerense, las faringitis causadas por *Streptococcus pyogenes* o estreptococo beta hemolítico del Grupo A (EBHGA) representaron el 19.4% de los cuadros agudos, el estreptococo beta hemolítico del Grupo C el 1.1% y el estreptococo beta hemolítico del Grupo G el 3.2%⁵.

Aproximadamente la mitad de las faringitis agudas son de origen viral, el virus más frecuente es el rinovirus (20%) seguido de virus de influenza, parainfluenza, coronavirus, adenovirus, enterovirus, virus sincicial respiratorio, virus herpes, metaneumovirus, virus EpsteinBarr y el virus de la inmunodeficiencia humana. Dentro de las causas bacterianas, el EBHGA es el principal patógeno (15-20%) y con menor frecuencia: *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamyphila pneumoniae*, *Neisseria gonorrhoeae*, estreptococo beta hemolítico del grupo C, estreptococo beta hemolítico del grupo G, *Arcanobacterium haemolyticum* y *Corynebacterium diptheriae*. En aproximadamente un 30% de las faringitis agudas, no es posible identificar al agente causante.⁶

La odinofagia es el síntoma cardinal. Otros síntomas inespecíficos con frecuencia acompañan al cuadro, como fiebre o febrícula, cefalea, astenia y mialgias; en los niños son más frecuentes los síntomas abdominales y gastrointestinales.⁷ Los criterios de Centor validados por las guías NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) son una herramienta de predicción clínica útil para identificar individuos con faringitis por EBHGA.^{8,9} La fiebre mayor a 38 °C, la ausencia de tos, las adenopatías cervicales anteriores dolorosas, la presencia de exudados amigdalinos y la edad entre 3 y 14 años se asocian con etiología estreptocócica. Si el paciente cumple con 3 o 4 criterios, el valor predictivo positivo de la regla para determinar la presencia de EBHGA es de 40 a 60%. La ausencia de 3 o 4 criterios establece un valor predictivo negativo del 80%⁹

De lo expuesto se puede observar que ambas enfermedades presentan signos sintomatologías comunes (fiebre, cefalea, malestar general) existiendo solo uno que pareciera ser excluyente para ambos casos que es la presencia de exudados faríngeos o en la región faringoamigdalina.

Dicho exudados al estar presente por definición estaría excluyendo el diagnóstico de caso sospechoso de dengue (tener un foco infeccioso comprobable) y en ausencia nos estaría descartando el diagnóstico de faringitis pultácea. Sin embargo, durante el brote al que hacemos referencia, se pudo observar que de los 648 casos, 52 presentaron afectación de las vías aéreas superiores

(faringoamigdalitis), lo que representa un total del 8%. Un número importante si se tiene en cuenta el riesgo de no registrarlos y la importancia de no saberse portador del virus dengue y desconocer los síntomas de alarma que pueden llegar a ser mortales si no son detectados a tiempo y por otra parte el desconocimiento de los casos desencadena mayor posibilidad de contagio a través del vector al no realizarse las medidas de control focal según protocolo.

Elba Gasparina-Meza médica especialista en epidemiología - email: elbagmeza@gmail.com Dirección de epidemiología - Ministerio de Salud Pública, Argentina - miembro LACONDE. Dirección: Av. Centenario 7800 - cp 3400 - Tel: +543794945515.

Referencias bibliográficas

1. *Dengue: Guías Para La Atención De Enfermos En La Región De Las Américas*. Segunda edición Organización Panamericana de la Salud. 2015.
2. *Enfermedades infecciosas Dengue Información para el equipo de salud*. Guía para el equipo de salud. Ministerio de Salud Pública Argentina. 4ta. Edición Año 2015
3. Schappert SM, Rechtsteiner EA. *Ambulatory medical care utilization estimates for 2006*. Natl Health Stat Report 2008; 8: 1-29.
4. Bisno AL, Gerber MA, Gwaltney JM Jr, Kaplan EL, Schwartz RH. *Practice guidelines for the diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis*. *Infectious Diseases Society of America*. Clin Infect Dis 2002; 35: 113-25.
5. Villar H, Jugo M, Santana G, Baserni M, Reil J. *Aumento en la prevalencia de Streptococcus beta hemolíticos en hisopados faríngeos en Buenos Aires*. Medicina (B Aires) 2005; 65: 311-4.
6. Alcaide ML, Bisno AL. *Pharyngitis and epiglottitis*. *Infect Dis Clin North Am* 2007; 21: 449-69
7. Cooper RJ, Hoffman JR, Bartlett JG, et al. *Principles of appropriate antibiotic use for acute pharyngitis in adults: background*. Ann Intern Med 2001; 134: 509-17.
8. McIsaac WJ, Kellner JD, Aufricht P, Vanjaka A, Low DE. *Empirical validation of guidelines for the management of pharyngitis in children and adults*. JAMA 2004; 291: 1587-95.
9. Centor RM, Witherspoon JM, Dalton HP, Brody CE, Link K. *The diagnosis of strep throat in adults in the emergency room*. Med Decis Making 1981; 1: 239-46.