

Puérpera con dengue grave. Reporte de un caso

Severe dengue in a puerperal. A case report

Ciro Maguiña Vargas^{1,a; 2,b} , Sonia Cabrera Pajares^{2; 3,c} , Michell Espinal-Ramirez^{4,d} 

Citar como:

Maguiña C, Cabrera S, Espinal-Ramirez M. Puérpera con dengue grave. *Rev Méd Hered.* 2024; 35(4): 238-241. DOI: 10.20453/rmh.v35i4.5711

Recibido: 02/08/2024

Aceptado: 03/10/2024

Declaración de financiamiento y de conflictos de interés:

El reporte fue financiado por los autores, quienes declaran no tener conflictos de interés.

Contribución de autoría:

CMV: Manejo del paciente, redacción, revisión y aprobación de la versión final del artículo.

SCP: Manejo del paciente y recolección de la información, redacción, revisión y aprobación de la versión final del artículo.

MER: Recolección de la información, análisis de la información, redacción, revisión y aprobación de la versión final del artículo.

Correspondencia:

Ciro Maguiña Vargas
Correo electrónico: ciro.maguina@upch.pe



Artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional.

© Los autores

© Revista Médica Herediana

¹ Instituto de Medicina Tropical Alexander von Humboldt, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

² Clínica Internacional. Lima, Perú.

³ Escuela de Posgrado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.

⁴ Investigador Independiente

^a Médico Infectólogo, Tropicalista, Dermatólogo.

^b Profesor principal;

^c Médico Ginecólogo-Obstetra

^d Médico Infectólogo, Tropicalista.

RESUMEN

El dengue es una enfermedad endémica en muchas zonas a nivel mundial. Cuando afecta a las gestantes es de grave riesgo para la madre y para el feto. Se presenta el caso de una primigesta de 36 años, de 39 semanas, sin antecedentes médico-quirúrgicos de importancia, que ingresó a un centro de salud privado en inicio de trabajo de parto; dos días antes había tenido fiebre autolimitada, presentó un parto distócico con fase latente prolongada; posteriormente, presentó atonía uterina persistente con sangrado importante, refractaria a tratamiento habitual, por lo que se realizó a una histerectomía. En el postoperatorio inmediato presentó además preeclampsia severa, oliguria, shock hipovolémico, ingresando a Unidad de Cuidados Intensivos. Ante la persistencia de la trombocitopenia y procalcitonina negativa, se sospechó dengue, confirmándose con las pruebas de NS1 IgM positivo y Elisa IgM para dengue; en la evolución presentó poliserositis y hepatomegalia. Posteriormente, fue dada de alta en buenas condiciones.

PALABRAS CLAVE: Preeclampsia, Dengue grave, mujeres embarazadas.

SUMMARY

Dengue fever is an endemic disease worldwide. When pregnant are affected, it carries a severe risk for the mother and the fetus. We present a case of a 36-year-old primigravid with 39 weeks gestation with no past medical history who was admitted to a private center in labor. She had a self-limited febrile illness two days before. She had an abnormal labor with a prolonged latent phase, uterine atony, and significant bleeding refractory to usual treatment, needing a hysterectomy. She presented severe eclampsia, oliguria, and hypovolemic shock in the immediate

postpartum period, requiring admission to the ICU. Dengue was suspected due to persistent thrombocytopenia and negative procalcitonin. A positive NS1 antigen and IgM confirmed the diagnosis. The patient developed hepatomegaly and polyserositis but was discharged in good condition.

KEYWORDS: Pre-Eclampsia, Severe Dengue, Pregnant Women.

INTRODUCCIÓN

El dengue es una enfermedad endémica en muchas zonas a nivel mundial que incluye a varias regiones del Perú, con brotes de una elevada morbilidad. A causa del cambio climático; el año 2024 se generó un serio problema de salud pública en la región de la Américas y en nuestro país.

En lo que va del año 2024, la incidencia ha llegado a 758,15 por 100 000 habitantes en la semana 27 según el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades con 241 defunciones; en cambio, en el 2023 la incidencia fue de 561,26 con 330 defunciones. ⁽¹⁾

El dengue es causado por un flavivirus que se transmite por la picadura del mosquito hembra *Aedes aegypti*, que vive en altitudes menores a los 2300 m.s.n.m., sin embargo, debido al cambio climático dicho vector puede llegar a zonas de mayor altitud ^(1,2). El cuadro clínico del dengue en la gran mayoría es asintomático, por ello solo el 20% de los pacientes infectados puede llegar a presentar formas clínicas, de ellos 88% puede presentar dengue sin signos de alarma, 11% dengue con signos de alarma y el 1% puede llegar a presentar dengue grave ^(1,3,4). Los pacientes con enfermedades crónicas (hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad renal), lactantes, adultos mayores y embarazo, son condiciones asociadas con mayor riesgo de presentar formas clínicas de dengue con signos de alarma y dengue grave. El dengue en embarazadas es una preocupación médica debido a los riesgos potenciales tanto para la madre como para el feto ⁽³⁻⁵⁾, en el presente artículo presentamos el caso de una gestante que se le enfocó como una emergencia hipertensiva en el tercer trimestre y se le trató oportunamente; sin embargo, durante la evolución de la enfermedad surgió un síndrome febril con persistencia de hipertransaminasemia, hemorragias y trombocitopenia; diagnosticando luego de una evaluación exhaustiva como dengue grave. El objetivo de nuestro reporte de caso clínico fue describir un caso de dengue grave en un estado de puerperio, siendo una emergencia en ambos cuadros clínicos.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 36 años, primigesta, sin antecedentes médico-quirúrgicos de importancia. Ingresó a clínica privada con 39 semanas de gestación, por inicio de trabajo de parto con pérdida de tapón mucoso y escaso sangrado vaginal rojo rutilante con contracciones uterinas cada 5 a 7 minutos. Dos días antes, había presentado sensación de alza térmica que remitió sin medicación. Al examen inicial, tacto vaginal dehiscente 1 cm de altura de presentación -3, pelvis ginecoide, latidos cardíacos: 145 latidos por minuto, dinámica uterina 2-3/10/++/25'; 3 horas después presentó dilatación 1 cm incorporado 80%, altura de presentación -3 y con sangrado escaso rojo persistente; persistía con dinámica regular de tres contracciones en 10 min y con la misma dilatación siendo evaluada 9 horas después del ingreso sin cambios cervicales, por lo que se indicó cesárea por parto disfuncional con fase latente prolongada, por probable feto grande o macrosómico. En los exámenes de laboratorio prequirúrgicos, se encontró hemoglobina: 11,1 gr/dl, plaquetas: 157 000, perfil de coagulación en rangos normales.

Se realizó cesárea a las 11 horas después del ingreso; se encontró útero contraído adecuadamente, paciente con funciones vitales estables, recién nacido varón de 3950 gramos con escala Apgar 9-9, líquido claro, placenta normo inserta, el sangrado intraoperatorio fue de 500 ml, el útero estuvo contraído post sala de operaciones.

A las 9 horas del posoperatorio presentó atonía uterina, se reportó sangrado de aproximadamente 800 a 1 000 ml por lo que se administró ergotrate, oxitocina, misoprostol dosis 800 microgramos, para contraer el útero. Veinte minutos después, se evidenció hemoglobina en 5,7 gr/dl y persistencia de atonía a pesar de tratamiento médico, por lo que se le realizó transfusión de dos unidades de paquete globular e ingresó a sala de operaciones.

En el acto quirúrgico se realizaron técnicas quirúrgicas conservadoras de útero, sin éxito, persistiendo la atonía uterina severa por lo que se le realizó

histerectomía. A las cuatro horas del posoperatorio inmediato, se evidenció una presión elevada de manera sostenida (PA:150/100 promedio) ingresando a la unidad de cuidados intensivos (UCI) con los diagnósticos: cesárea de 12 horas, con histerectomía por atonía uterina, preeclampsia severa, oliguria, shock hipovolémico corregido, insuficiencia renal aguda de tipo prerrenal, con presencia de oliguria, creatinina 1.1 mg/dl y tasa de filtrado glomerular de 67 ml/min/1,73m² según CKD-EPI, catalogado como AKIN 2.

En la tabla 1 se presenta un resumen de los principales hallazgos de la paciente en UCI.

Los diagnósticos finales fueron post-operada de cesárea, histerectomía por atonía uterina, preeclampsia con signos de severidad y dengue grave.

En la evaluación posterior en donde adquirió el dengue, la paciente refirió que semanas antes estuvo residiendo en el Cercado de Lima, donde estaban reportando casos en ese tiempo, no recordaba haber sido picado por mosquitos.

Tabla 1. Resumen de estancia hospitalaria en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Día Aspecto	1	3	4	5	7	8	9	10	12
Plaquetas (x10 ³ /mm ³)	35	129	112	60	15	22	28	112	263
Trasfusión	07PG / 04PFC								
Otras características importantes	No leucocitosis	Procalcitonina negativa			Hipokalemia, poliserositis	Hepatomegalia severa			Alta médica de UCI
Estudios serológicos y microbiológicos				Hemocultivos negativos	NSI/ IgM dengue REACTIVO				

PG: Paquete globular, PFC: Plasma fresco congelado

DISCUSIÓN

Actualmente el dengue en las Américas está en pleno brote, se lo considera el mayor de este siglo, igualmente el Perú está seriamente afectado; en este reporte, se presenta una paciente en puerperio mediato que presenta sangrado severo, con atonía uterina, que requirió histerectomía, además presentó otras complicaciones que requirieron estadía en UCI, pero al presentar trombocitopenia severa persistente con hemorragia activa refractaria a transfusión de plaquetas, se pudo sospechar y confirmar que el sangrado fue también probablemente por el dengue agudo en fase crítica que presentaba la paciente, debido a que en la fisiopatología del dengue existe mayor permeabilidad vascular debido a la acción del antígeno NS1. ^(1,3,5)

Según un estudio del año 2019, el dengue en mujeres embarazadas puede aumentar el riesgo de complicaciones obstétricas, como parto prematuro, restricción del crecimiento y muerte fetales intrauterina (4). Las manifestaciones clínicas en las mujeres embarazadas con dengue pueden presentar

síntomas similares a los de la población general, que incluyen fiebre, dolor de cabeza, dolor muscular y articular, erupción cutánea y fatiga ⁽⁵⁾. El presente caso solo tuvo antes de la cesárea dos días de fiebre leve que remitió sola; el diagnóstico del dengue en mujeres embarazadas se realiza mediante pruebas moleculares, antigénicas y serológicas para detectar la presencia del virus del dengue en la sangre, como se menciona en las pautas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre el manejo clínico del dengue ⁽³⁾. El manejo del dengue en mujeres embarazadas incluye medidas de apoyo, como la hidratación adecuada y el control de la fiebre, según lo establecido por las directrices de la OMS. En dichos casos, las medidas de prevención del dengue en gestantes incluyen la reducción de la exposición a los mosquitos vectores, el uso de repelentes de insectos y el control ambiental de los criaderos de mosquitos, como se recomienda en las pautas de prevención de la OMS. ⁽³⁾

Es importante que las mujeres embarazadas reciban atención médica adecuada y oportuna para el diagnóstico y tratamiento del dengue durante el embarazo.

Algunas consideraciones sobre el dengue en pacientes embarazadas en el tercer trimestre son:

1. Riesgos para la madre: Las mujeres embarazadas en el tercer trimestre que contraen dengue pueden experimentar síntomas similares a los de la población general, que incluyen fiebre, dolor de cabeza, dolor muscular y articular, erupción cutánea y fatiga. En algunos casos, las complicaciones pueden ser más graves, como hemorragias, choque y disfunción orgánica.⁽⁵⁾
2. Riesgos para el feto: Existe preocupación por los posibles efectos del dengue en el feto durante el tercer trimestre del embarazo. Algunos estudios han sugerido que la infección por dengue durante el embarazo puede aumentar el riesgo de complicaciones obstétricas, como parto prematuro (6), bajo peso al nacer y restricción del crecimiento intrauterino (7). El dengue es una condición médica grave que pueden afectar a mujeres embarazadas, y cuando ocurren simultáneamente, pueden representar un desafío adicional en el manejo clínico. Cuando una mujer embarazada desarrolla dengue, puede haber un riesgo significativo tanto para la madre como para el feto.^(5,8)

Concluimos que, en el contexto de brotes o zonas endémicas de dengue, la presencia de trombocitopenia junto con la sintomatología características en la gestación debe ser sospecharse de dicha entidad siempre a fin de diagnosticar precozmente las severas complicaciones, como la producida en esta gestante que tuvo que ser histerectomizada debido a que no se podía controlar la fuente de sangrado propio por la atonía uterina y por la evolución de la enfermedad de dengue grave; finalmente, su evolución posterior fue favorable.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – Ministerio de Salud del Perú. Casos de Dengue en Perú: Semana 27. Lima: Ministerio de Salud; 2024. (Citado el 12 de junio del 2024). Disponible en: https://www.dge.gob.pe/sala-situacional-dengue/uploads/Nacional_dengue.html
2. Ruiz F, González A, Vélez A, Gómez G, Zuleta L, Uribe S, Vélez-Bernal I. Presencia de *Aedes (Stegomyia) aegypti* (Linnaeus, 1762) y su infección natural con el virus del dengue en alturas no registradas para Colombia. *Biomédica*. 2016; 36(2):303-8.
3. Organización Panamericana de la Salud/World Health Organization. Dengue: Guías para la atención de enfermos en la región de las Américas. Segunda edición. Washington D.C.: OPS. 2016.
4. Pouliot SH, Xiong X, Harville E, et al. Maternal dengue and pregnancy outcomes: a systematic review. *Obstet Gynecol Surv*. 2010; 65(2):107-18. doi: 10.1097/OGX.0b013e3181cb8fbc
5. Paixão E, Teixeira M, Costa M, Rodrigues L. Dengue during pregnancy and adverse fetal outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis*. 2016; 16(7):857-865. doi:10.1016/S1473-3099(16)00088-8
6. Adam I, Jumaa AM, Elbashir HM, Karsany MS. Maternal and perinatal outcomes of dengue in PortSudan, Eastern Sudan. *Virol J*. 2010; 7:153. doi:10.1186/1743-422X-7-153
7. Basurko C, Carles G, Youssef M, Guindi WE. Maternal and fetal consequences of dengue fever during pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2009; 147(1):29-32. doi: 10.1016/j.ejogrb.2009.06.028
8. Centurión R, Rienzi R, Godoy G, Buena J. Infección por dengue perinatal en un centro hospitalario del departamento central de Paraguay. *Rev Nac (Itauguá)*. 2014; 6(2): 38-54. (Citado el 03 de diciembre del 2024). Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2072-81742014000200005&lng=en