

HOSPITAL MILITAR "DR. JOAQUÍN CASTILLO DUANY", SANTIAGO DE CUBA

Caracterización de pacientes con diagnóstico presuntivo de dengue en el brote epidémico del año 1997

Dr. Orestes Rodríguez Arias,¹ Dr. Arístides Pérez Pérez,² Dr. Adrial Despaigne Bicer³ y Dr. César A. Irarragiri Dorado⁴

RESUMEN

Se revisaron las 778 historias clínicas de los pacientes ingresados en el Hospital Militar de Santiago de Cuba con el diagnóstico presuntivo de dengue, este se confirmó de forma clínica y epidemiológica en 423 a su egreso y en otros 24 desde los puntos de vista clínico, epidemiológico e inmunológico. De ese total se seleccionaron los 54 con signos de alerta, que fueron clasificados según edad, sexo, manifestaciones clínicas y evolución desde su llegada al cuerpo de guardia, a las 8, 24 y 72 h y a los 5 d. Los datos se procesaron de forma manual y en una microcomputadora ACER-500. La enfermedad predominó en los hombres menores de 50 años y en un tercio de los pacientes con signos de alerta se verificó inmunológicamente la afección. El cuadro clínico más intenso se presentó entre las 8 y 24 h de evolución del proceso, pero no hubo defunciones por esa causa.

DeCs: DENGUE/diagnóstico; DENGUE/inmunología; BROTES DE ENFERMEDADES.

La fiebre del dengue clásico, del dengue hemorrágico y el síndrome de choque por dengue son entidades clínicas provocadas por los serotipos del virus del dengue (DEN-1, DEN-2, DEN-3 y DEN-4). Durante más de una década, los serotipos 1, 2 y 4 han circulado ampliamente en el continente americano, pero desde el año 1994 se detectó la presencia del serotipo 3 en Centroamérica.¹

En la actualidad, el virus del dengue es el arbovirus más importante de los que afectan al hombre y constituye la primera causa de hospitalización y muerte en niños del Sudeste Asiático. Su transmisión se produce a través de un mosquito vector del género *Aedes* (*aegypti* y *albopictus*). La primera epidemia de dengue notificada abarcó los territorios de Asia, África y Norteamérica, lo que revela la amplia distribución de su vector por el mundo, así como también que

afectó fundamentalmente, aunque no de forma exclusiva, las áreas tropicales.

En el año 1981 se produjo en Cuba una epidemia con una altísima incidencia (344/203 casos), que posteriormente se redujo 7 veces (alrededor de 50 000 casos). Es válido destacar que cada 3 ó 4 años disminuye la incidencia, seguido de 2 ó 3 años de incremento en el número de casos informados. En el citado año, Cuba sufrió la epidemia de dengue y dengue hemorrágico más grande de la Región, con 344 203 afectados, de los cuales más de 10 000 correspondieron a la variedad hemorrágica, causante del fallecimiento de 101 niños y 57 adultos.

En el control de esta epidemia, la nación invirtió la alta cifra de 103 000 000 de dólares;² de estos, 43 en insecticidas y equipos de fumigación.

¹ Especialista de II Grado en Endocrinología. Profesor Principal del Departamento Docente de Medicina.

² Doctor en Ciencias Médicas. Especialista de II Grado en Medicina Interna. Profesor Titular.

³ Especialista de I Grado en Medicina Interna.

⁴ Especialista de I Grado en Medicina General Integral.

En el año 1997, específicamente en la ciudad de Santiago de Cuba, se presentó un brote de dengue, que requirió de grandes esfuerzos por el Estado y la población en general para poder controlarlo de manera eficaz mediante la aplicación de medidas basadas en experiencias de otros países y brotes epidémicos anteriores; pero en esa ocasión, la voluntad política, el reforzamiento de las medidas sanitarias y la colaboración del pueblo determinaron que no se prolongara por mayor tiempo.

Como es sabido, en la terapéutica de las afecciones virales se utilizan generalmente medidas sintomáticas y de vigilancia estrictas; sin embargo, de acuerdo con los conocimientos incorporados hasta el momento, se ha sugerido la aplicación de soluciones hidratantes en los pacientes de dengue que experimentan algunas complicaciones como hipotensión arterial, poliserositis, bradicardia, hemoconcentración, plaquetopenia y deshidratación. Siguiendo esa norma, en el centro se utilizó este tratamiento, que garantizó la adecuada evolución de los pacientes y evitó las defunciones en los hospitalizados.

En este trabajo se persiguió describir las manifestaciones y la evolución clínica de los pacientes con signos de alerta y diagnóstico presuntivo de dengue, así como también el comportamiento inmunológico de ellos.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo de los 778 pacientes ingresados en el hospital militar con el diagnóstico presuntivo de dengue, durante el brote epidémico ocurrido en la provincia Santiago de Cuba desde el 11 de junio hasta el 31 de julio del año 1997.

La clasificación de los pacientes con diagnóstico al egreso fue como sigue:

- Con confirmación clínica y epidemiológica: Los que al alta habían tenido una marcada evidencia de dengue, excluidas otras enfermedades que simulaban el cuadro clínico.
- Con confirmación clínica, epidemiológica e inmunológica: Los que presentaron inmunoglobulina positiva (monosero IgM).

También fueron seleccionadas las historias clínicas de ambos grupos con signos de alerta de la enfermedad, a saber:

- Sudoraciones profusas.
- Hipotensión arterial.
- Hemoconcentración.
- Plaquetopenia.
- Sangramientos gingivales.
- Dolor abdominal intenso.
- Vómitos frecuentes.
- Adinamia.
- Lipotimia.
- Somnolencia.

En este último grupo, que se clasificó según edad y sexo, se precisaron las manifestaciones clínicas y la evolución desde su llegada al cuerpo de guardia, a las 8, 24 y 72 h y a los 5 d del ingreso. Los grupos etáreos se dividieron en 3 categorías: hasta 30 años, de 31 a 50 años y 50 años o más.

La información obtenida se procesó manualmente y de forma automatizada en una microcomputadora ACER-500.

RESULTADOS

Al egreso se confirmó el diagnóstico clínico y epidemiológico en 423 pacientes y el clínico, epidemiológico e inmunológico en 24. De los primeros (tabla 1), 54 presentaron signos de alerta de complicaciones, con predominio en los menores de 30 años y 31 a 50 años de edad; y de ellos, en la tercera parte se hallaron inmunoglobulinas positivas y en dos tercios negativas (tabla 2), con primacía en los varones.

TABLA 1. Resultados de las inmunoglobulinas según edad

Grupos etáreos (en años)	IgM negativas		IgM positivas		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Hasta 30	18	50,0	4	22,2	22	40,7
31-50	14	38,8	9	50,0	23	42,5
Más de 50	4	11,1	5	27,7	9	16,6
Total	36	100,0	18	100,0	54	100,0

TABLA 2. Resultados de las inmunoglobulinas según sexo

Sexo	IgM negativas		IgM positivas		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Masculino	22	61,1	9	50,0	31	57,4
Femenino	14	38,8	9	50,0	23	42,5
Total	36	100,0	18	100,0	54	100,0

Entre las principales manifestaciones clínicas (tabla 3) figuraron: malestar general, fiebre, cefalea y astenia; y entre los signos de alerta más frecuentes: astenia marcada, vómitos, dolor abdominal y sudoración profusa. Ya a las 24 h (tabla 4), varios pacientes habían mejorado notablemente y otros se encontraban sintomáticos.

TABLA 3. Manifestaciones clínicas más frecuentes en pacientes con diagnóstico presuntivo de dengue

Manifestaciones clínicas	IgM negativas		IgM positivas	
	No.	%	No.	%
Malestar general	36	100,0	18	100,0
Cefalea	34	94,0	15	83,3
Fiebre	32	88,8	18	100,0
Astenia marcada	27	75,0	16	88,8
Dolor osteomioarticular	27	75,0	17	94,4
Dolor retroocular	26	72,2	16	88,8
Anorexia	20	55,5		
Vómitos	19	52,7	1	5,5
Dolor abdominal	17	47,2	5	27,7
Sangramientos	13	36,1	2	11,1
Petequias	12	33,3	4	22,2
Alteración del gusto	10	27,7	2	11,1
Plaquetopenia	10	27,7	10	55,5
Hipotensión	7	19,4		
Tos	7	19,4		
Hemoconcentración	1	2,7	3	16,6
Ascitis	2	5,5		
Derrame pleural	1	2,7		
Exantema	1	2,7		
Lazo positivo	3	8,3	8	44,4
Diarreas	6	16,6		
Sudoraciones profusas	8	22,2	8	44,4
	N=36		N=18	

TABLA 4. Evolución de los pacientes una vez iniciado el tratamiento hidratante

Estado clínico	A las 8 h	A las 24 h	A las 72 h	A los 5 d
Asintomáticos	1	10	11	10
Sintomáticos	35	25	14	4

DISCUSIÓN

El dengue hemorrágico y el síndrome de choque por dengue se convierten a corto y mediano plazos

en una urgencia epidemiológica, cuya magnitud puede rebasar la capacidad de respuesta de los servicios médicos asistenciales e incrementar la mortalidad, sobre todo en los niños.³ En esta serie predominaron los pacientes menores de 50 años; y de ellos, la mitad de los que tuvieron inmunoglobulina positiva, se enmarcaban entre los 31 y 50 años. *Narro y Gómez*⁴ describen resultados similares, pues de sus 48 casos, el grupo más afectado resultó ser el de 25 a 44 años, seguido por los de 15 a 24 y 14 a 15 años, pero sin valores significativos en relación con la edad y el sexo.

Para realizar la técnica de ELISA, la muestra debe ser obtenida a los 6, 8 y 30 d después del comienzo del cuadro, pues la que se toma antes de ese tiempo puede arrojar resultados negativos, aunque no descartar el diagnóstico^{5,6} (Kourí G, Guzmán ME. Emergencia del dengue en las Américas. La Habana: Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kourí"; 1997:25-32).

De los 54 integrantes de esta casuística, solo en 18 se halló positividad, lo que se atribuyó a deficiencias en la extracción de las muestras de sangre, en particular en el momento de hacerlo; no obstante, cabe señalar que en ello pudo haber incidido la convergencia de otros procesos clínicamente análogos, pues en ese período se produjo un brote por virus de influenza en la ciudad de Santiago, que se asoció con el dengue, y cuya diferenciación se estableció muchas veces por el predominio de los síntomas respiratorios que caracterizan a la primera.

También otras enfermedades que provocan fiebre, cefalea, dolor de garganta, debilidad, anorexia, náuseas, vómitos y ocasionalmente convulsiones (al igual que se observó en estos pacientes) y algunas como la fiebre amarilla, la púrpura trombocitopénica y todos los cuadros febriles prolongados que ocasionan leucopenias y manifestaciones hemorrágicas, constituyen un claro diagnóstico diferencial del dengue, pues a pesar de su semejanza con este último, no está presente la IgM.⁶

Las primeras 72 h fueron clínicamente las más floridas: a las 8 h, 97,2 % de los enfermos estaban sintomáticos, pero ya a las 24 solo permanecía así

69,4 % y transcurridas las 72 h apenas mantenían síntomas poco más de un tercio (38,4 %). Varios de los pacientes que sufrieron ascitis, derrame pleural, hipotensión, diarreas y sudoración profusa, y que evolucionaron bien con tratamiento hidratante, tuvieron inmunoglobulina negativa; en ellos, la evidencia clínica de dengue resultó innegable, pero no hubo respaldo inmunológico.

Desde el punto de vista clínico, el concepto de dengue hemorrágico es un error y presenta serias dificultades para la detección y el estudio de los afectados, pues el médico espera encontrar hemorragias más o menos graves para presumir el diagnóstico.⁷

El componente fisiopatológico esencial es un trastorno inmunológico que desencadena fuga de líquidos y puede manifestarse mediante:

- Elementos de fragilidad capilar: petequias, equimosis, púrpuras y otros.
- Derrames cavitarios: pleurales, pericárdicos, ascitis o edemas.
- Hemorragias a cualquier nivel: gingivorragia, hematemesis, melena, metrorragia y hematuria.

La magnitud de estas manifestaciones varía tanto, que muchos de los pacientes pueden tener una petequia o sangrado ligero en las encías al cepillarse los dientes.

El dengue es un trastorno autolimitado que puede ser corregido generalmente entre las 12 a 48 h, y a diferencia de otros tipos de choque, los líquidos permanecen en el organismo y se reabsorben una vez superado el cuadro clínico.

En el hospital, todos los enfermos con signos de alerta recibieron tratamiento hidratante con soluciones fisiológicas y glucofisiológicas.

SUMMARY

We reviewed the medical histories of the 778 patients admitted to the Military Hospital of Santiago de Cuba with presumptive diagnosis of dengue which was clinically and epidemiologically confirmed in 423 on discharge and in 24 patients from the clinical epidemiological and immunological viewpoints. From the total number of patients we selected 54 having alert signs, who were classified by age, sex, clinical manifestations and development since they arrive at the Emerging Department at 8, 24 and 72h later and at 5 days. Data were manually and automatically processed with an ACER-500 computer. The disease was predominant in males under 50 years of age and, in one third of the patients with the alert signs, the disease was immunologically verified. The more acute clinical picture was observed between 8h and 24h of the process but there was no death by this cause.

Subject headings: DENGUE/ immunology; DISEASE OUTBREAKS.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Zarate M, Río A del, Gómez H. El diagnóstico del dengue en México: actualidad y perspectivas. *Salud Publ Mex* 1995;37(Suppl):105-11.
2. Bravo J, Guzmán M, Kourí GP. Why dengue hemorrhagic fever/dengue shock syndrome (DHF/DSS) *Trans Soc Trop Med Hyg* 1987;81:816-20.
3. Homma A, Di Fabio JL, Quadro C. El nuevo paradigma de los laboratorios públicos productores de vacuna en la Región. *Rev Panam Public Health* 1997;1:68-72.
4. Narro Robles I, Gómez Dantés H. El dengue en México. Un problema prioritario de salud pública. *Salud Publ Mex* 1995;37(Suppl):112-20.
5. Ayllón Valdés L, Martínez Torres E, Kourí Flores G. Factores del huésped en la fiebre hemorrágica del dengue: síndrome de shock por dengue en el niño. *Rev Cubana Pediatr* 1989;61(4):498-517.
6. Fiebre hemorrágica venezolana. *Bol Epidemiol Of Sanit Panam* 1995;16(3):9-14.
7. Montesino Castellano R, Ruiz Matos C. Vigilancia epidemiológica del dengue en México. *Salud Publ Mex* 1995;37(Suppl):564-76.

Recibido: 2 de octubre del 2000. Aprobado: 7 de noviembre del 2000.

Dr. *Orestes Rodríguez Arias*. Edificio 8, entre Escalera C y Apto 8 Micro 3, Reparto "Abel Santamaría", Santiago de Cuba, Cuba.