
Formas de presentación de dengue clásico en lactantes preescolares y escolares: hospital León Becerra 2001

Classic dengue in Infants, preschoolers, and school children at Leon Becerra hospital 2001

Wendy Auz Palomeque *
Miguel Cardozo Briones **
Roxana Moreira Lam **
Cecibel Tomalá Briones ***

Resumen

Hablar de dengue es hablar de una de las enfermedades más frecuentes en nuestro medio; es transmitida por mosquitos Aedes Aegypti y afecta al ser humano; constituye un severo problema de salud pública, especialmente en la mayoría de países tropicales como el nuestro, donde las condiciones del medio favorecen el desarrollo y proliferación del vector biológico causal.

Se realizó un estudio retrospectivo, longitudinal, descriptivo desde enero a diciembre de 2001 que tuvo como objetivo conocer la incidencia, los síntomas y signos que presentaron, cuales son los meses del año mas afectados, determinar si la prueba de lazo establece diagnóstico definitivo para dengue clásico y unificar criterios de diagnóstico.

Se obtuvieron 86 pacientes diagnosticados de dengue clásico, de los casos estudiados el 15% presentaron la enfermedad en los meses de invierno y el 85% en los meses de verano.

El sexo y la edad predominante fueron las niñas escolares. La fiebre fue el principal síntoma en todos los niños del estudio.

Palabras clave: dengue clásico, dolor retro-ocular, erupción máculo-papular

Summary

Dengue is one of the most frequent illnesses in our society. It is transmitted by the Aedes Aegypti mosquito and affects the human being. It is a serious health problem especially in tropical countries like ours where the environment promotes the development and proliferation of this biological vector.

A Retrospective, longitudinal and descriptive study was done between the months of January thru December of 2001. The objective of this study is to find out the incidence, symptoms that these illnesses produce, when are the month where the population is most affected and how to diagnose dengue.

We obtained 86 patients that had the diagnosis of dengue. 15% of them had this illness thru the winter months and 85% had it thru the summer months.

The sex and age that was predominant were school girls. Fever was the primary symptom of all the children in this study.

Key words: Dengue, Retro-ocular pain, Papular lesion.

Introducción

La investigación expuesta a continuación es de gran importancia en razón de que nuestro país posee un clima cálido en la región Costa. Hay que recordar que dentro de los factores del aumento del dengue está el proceso de urbanización, porque es una enfermedad fundamentalmente urbana (3).

Otro factor es el aumento de la densidad poblacional, lo que se traduce en explosión demográfica, observada en esta ciudad así mismo el factor socio-económico deficiente que ocasiona una carencia de servicios básicos y por ende el agua se almacena en reservorios como tanques: situación perfecta para el vector (13).

* Médico Residente 1, Posgrado de Pediatría, Universidad de Guayaquil, Hospital León Becerra

** Doctor en Medicina y Cirugía

*** Médico Posgradista de Gineco-Obstetricia, Hospital "Dr. Teodoro Maldonado Carbo", Guayaquil - Ecuador

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, dos quintas partes de la población mundial vive en riesgo latente de adquirir esta infección y más de 100 países han sido afectados por el virus, cuya población infantil se afecta en un alto porcentaje (15).

El agente etiológico del dengue es actualmente uno de los más frecuentes arbovirus que afectan al ser humano y constituye un severo problema de salud pública en el mundo, especialmente en la mayoría de países tropicales, donde las condiciones del medio ambiente favorecen el desarrollo y la proliferación del *Aedes aegypti*, el mosquito vector (1).

En el Ecuador el serotipo 2 fue el primero en ingresar, aunque actualmente predomine en adultos y niños, el serotipo 3 (según datos obtenidos en el hospital de Infectología de Guayaquil) (2).

Después de la picadura del mosquito el período de incubación es de 2-7 días. Se caracteriza por fiebre elevada de 39-40°C, cefalea frontal o retroorbitaria, mialgias intensas generalizadas, artralgias con dolor cervical y lumbar, etc. Los síntomas respiratorios altos predominan en lactantes (tos, rinitis, faringitis), además se puede presentar una erupción cutánea máculo-papular, que aparece al comienzo de la fiebre o con un segundo pico febril a los 3 -5 días (4).

En las manifestaciones clínicas en los niños tenemos un cuadro base de enfermedades que nos sirven como diagnóstico diferencial ante un cuadro sospechoso de dengue clásico:

- Enfermedad meningocócica o meningoencefalitis
- Fiebre tifoidea
- Enfermedades respiratorias
- Enfermedades exantematosas (sarampión, rubéola, escarlatina)
- Mononucleosis infecciosa.
- Faringoamigdalitis aguda
- Influenza
- Reacciones adversas a medicamentos
- Leptospirosis
- Hepatitis (7).

Dentro de las pruebas clínicas se encuentra la prueba del torniquete o prueba de lazo que consiste

en tomar la presión arterial, se mantiene el manguito del esfigmomanómetro inflado a modo de mantener una presión media durante unos 3-5min, luego se retira el manguito y se marca en el antebrazo un área de 2.5cm; se verifica la presencia de petequias las que se contabilizan. Normalmente puede haber hasta 20, más de esta cifra se considera una prueba positiva (8).

Ante la sospecha de dengue es importante realizar un hemograma incluyendo conteo de plaquetas; determinar si hay presencia o no de hemoconcentración y trombocitopenia o ambas. La confirmación del diagnóstico se hace por: aislamiento del virus o identificación de sus antígenos o ácidos nucleicos a partir del suero del paciente o en muestras de necropsia y por demostración de seroconversión (aumento de 4 veces o más en los títulos de IgG) o detección de IgM específica (a partir del 7mo día de enfermedad) en presencia de una situación clínica y epidemiológica compatible (6).

No existe tratamiento etiológico específico. En casos no complicados se recomienda el tratamiento ambulatorio y para combatir la fiebre, se evita el uso de ácido acetilsalicílico a causa de su acción antiagregante plaquetario, en su lugar usar acetaminofén, en dosis para niños de 10 -15 mg por Kg de peso cada 4-6 horas y en adultos en dosis de 500mg cada 6 horas, junto con una buena hidratación oral (16).

Los pacientes que presentan vómitos repetidos, hipotensión, manifestaciones hemorrágicas, dolor torácico, dificultad respiratoria y/o hemoconcentración deberán permanecer en observación hospitalaria (16).

Materiales y métodos

Estudio prospectivo, descriptivo, longitudinal, período enero a diciembre de 2001 en el hospital de niños "León Becerra".

Criterios de inclusión: Se incluyeron a todos los niños desde el primer día de vida hasta los 12 años que acudieron al servicio de emergencia y/o consulta externa y que fueron diagnosticados clínicamente o serológicamente con dengue clásico.

Criterios de exclusión: Se excluyeron a los pacientes que presentaron diagnóstico confirmado de dengue hemorrágico y aquellos que superaban los 12 años, puesto que en el hospital se atienden a niños de hasta 14 años.

Los grupos de edad fueron establecidos de acuerdo a la escuela Francesa de Pediatría (grupos de edad con los que se trabaja en el hospital León Becerra)

Lactantes: RN a 2 años

Pre-escolares: 3 a 5 años

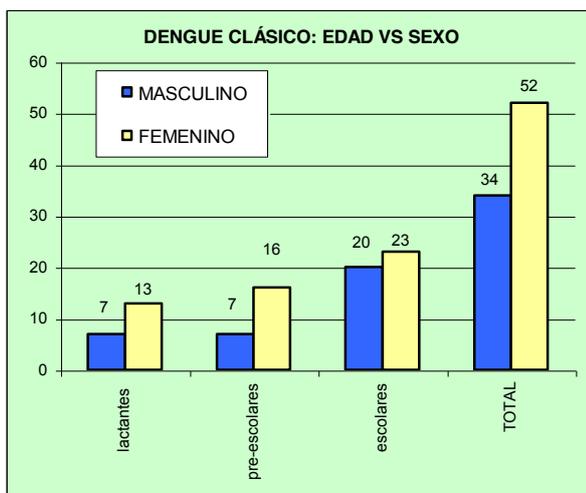
Escolares: 6 a 12 años.

Se realizó prueba del torniquete para compararlos con los datos de serología inmunológica; se evaluaron datos de laboratorio: hematocrito, hemoglobina, plaquetas, leucocitos y linfocitos como parámetros generales y pruebas específicas como Inmunoglobulina G sérica específica para dengue realizada en el Instituto de Higiene Leopoldo Izquieta Pérez. En total se encontraron 86 niños diagnosticados de dengue clásico.

Resultados

De los 86 pacientes: 20 fueron lactantes (23%) de éstos se encontraron 7 masculinos y 13 femeninos; 23 pre-escolares (27%) de los cuales 7 fueron masculinos y 16 femeninos; y 43 escolares (50%) siendo 20 masculinos y 23 femeninos (Figura 1).

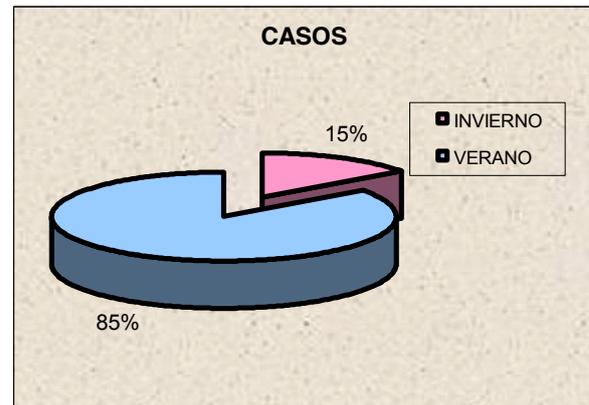
Figura 1



Fuente: Historias clínicas del departamento del hospital León Becerra.

De los casos estudiados 13 (15%) presentaron la enfermedad en los meses de invierno de diciembre a marzo y en los meses de verano 73 (85%) de abril a noviembre (Figura 2).

Figura 2



Fuente: Historias clínicas del departamento del hospital León Becerra.

En la tabla se observa la distribución de los casos por meses (Cuadro 1).

Cuadro 1

Distribución según meses del año

ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
1	3	9	17	31	17	5	3	0	0	0	0

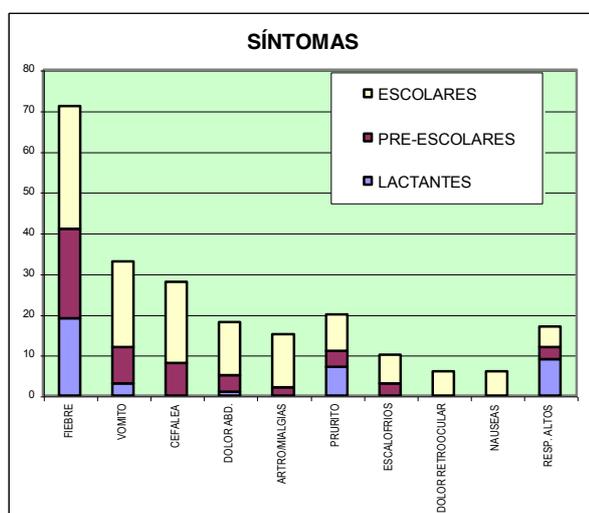
Fuente: Historias clínicas del departamento de estadística. Hospital León Becerra

Entre los lactantes 19 presentaron fiebre como síntoma principal (95%), 9 con síntomas respiratorios altos (45%) y 7 prurito (35%).

Entre los pre-escolares: 22 presentaron fiebre (95%), 9 con vómitos (39%) y 8 con cefalea (34%).

Entre los escolares: 30 presentaron fiebre (95%), 21 con vómitos (48%), 20 con cefalea (46%), 13 con dolor abdominal (30%) y 13 con artomiasias (30%) (Figura 3).

Figura 3



Fuente: Historias clínicas del departamento de estadística. Hospital León Becerra

El signo más frecuente en los lactantes fue el rash (55%) junto con las petequias y eritema en el (15%) respectivamente cada uno; en los pre-escolares fue la adenomegalia (30%), rash y eritema, ambos con (21%) y en los escolares el rash con (39%) seguido de petequias (13%) y eritema (11%).

También se observó que 51 casos presentaron prueba de lazo positiva (59%) de los cuales 40 tuvieron IgG positiva (78.4%), 2 IgG negativa (3.92%) y 9 casos IgG no determinada ya sea porque la prueba no fue realizada o fue mal tomada. 15 casos tuvieron prueba de lazo negativa (18%) de éstos 13 presentaron IgG positiva (86.6%), 1 IgG negativa (6.66%) y otra no se pudo determinar. 20 casos no tenían realizada la prueba de lazo (23%) pero todos presentaron IgG positiva.

Discusión

Los escolares femeninos fue el grupo preponderante de afección de esta patología. Los meses de verano mostraron mayor incidencia de casos reportados, muy al contrario de lo que se encuentra en la bibliografía (5), ya que debería ser la estación invernal (por sus lluvias) la más afectada. La explicación es que luego de la estación invernal hay estancamiento de agua lo que favorece la eclosión de los huevos del vector, además la falta de servicios básicos durante todo el

año hace que sus habitantes almacenen agua en recipientes por largo tiempo.

La prueba de lazo es diagnóstica de dengue clásico, pero en el estudio hubo pruebas negativas en presencia de inmunoglobulinas G específica para dengue, probablemente se deba a la mala interpretación de dicha prueba.

Dentro de la ubicación en la ciudad hubo predilección por los sectores sur-oeste y sur de la ciudad que justamente son los sectores donde los servicios básicos son mínimos o ausentes.

Entre los síntomas más importantes la fiebre aparecía en todos los pacientes, lo que concuerda con otros estudios (10); en los lactantes los síntomas respiratorios altos predominaron lo que sirve para hacer un diagnóstico de sospecha en lactantes que lleguen a la emergencia con dicha sintomatología. En los pre-escolares y escolares los síntomas que llamaron la atención fueron vómito, cefalea, dolor abdominal, artromialgias y prurito lo que concuerda con la bibliografía en la que describe estos síntomas como primordiales en estos grupos de edad (9, 11).

Uno de los signos físicos más frecuentes en los lactantes fue el rash junto con las petequias y eritema (14); en los pre-escolares fue la adenomegalia, rash y eritema y en los escolares el rash (12, 14).

Conclusiones

- El sexo y edad predominante afectada fueron niñas escolares.
- Los meses de verano resultaron ser los más afectados por la patología viral.
- La prueba del torniquete tiene importancia elevada a la hora del diagnóstico de la patología, y la prueba negativa no descarta la afección por dengue.
- Las plaquetas se encuentran disminuidas en todos los grupos de edad.
- La fiebre es el principal síntoma en todos los niños del estudio.
- El rash es el principal signo en lactantes y escolares, mientras que la adenomegalia en los pre-escolares.

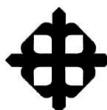
Recomendaciones

- Es necesario el drenaje de aguas estancadas, la protección de los depósitos en uso, protección contra el vector con mallas, repelentes e insecticidas.
- Incentivar a las autoridades y ciudadanía para que tomen las medidas preventivas necesarias pues queda demostrado que el dengue clásico se presenta en cualquier época del año.

Referencias bibliográficas

1. Chiparelli H: Dengue emergente muy cerca de nuestro país. *Infecto, La Habana – Cuba* 43: 13–26, 1999
2. Deller J: Fever of unknown origin in American soldiers in Vietnam. *Ann Intern Med, USA* 86: 1129–1143, 1999
3. Dietz V: The 1986 dengue fever outbreak in Puerto Rico: assessment of risk factors for severe dengue disease and observations on clinical features. *Am J Trop Med Hyg* 34: 65–71, 1999
4. González G: Dengue en niños. Estudio de la epidemia en 1982 en Bucaramanga. *Pediatría, Colombia* 29: 41–49, 2000
5. Gubler D: Dengue fever. *CAB Internacional, USA* 34: 1–22, 2000
6. Gubler, D: Dengue fever: the emergence of a global health problem. *Emerg Infect Dis, USA* 65: 34 – 39, 1999.
7. Gubler D: Programa de prevención del dengue epidémico en Puerto Rico y las Islas Vírgenes estadounidenses. *Bol Sanit Panam, Puerto Rico* 113: 109–119, 1999
8. Gubler D: Viraemia in patients with naturally acquired dengue infection. *Bull WHO, USA* 59: 623–630, 2001
9. Henchal E: The dengue viruses. *Clin Microbiol Rev, USA* 7: 376–396, 2000
10. Kalayanaraj S: Early clinical and laboratory indicators of acute dengue illness. *Infect Dis, USA* 186: 313–321, 2000
11. Knudsen A: *Aedes aegypti* and dengue in the Caribbean. *Mosq News, USA* 48 (3): 275–281, 2001
12. Lorenzo P: Estilos de comportamiento y valores en el dengue y su control. *Rev Biomed, La Habana – Cuba* 8 (3): 125–132, 2000
13. Navarro P: Vigilancia del dengue como enfermedad emergente en el Hospital Universitario de Caracas. *Antib e Inf, Caracas - Venezuela* 8 (1): 21–24, 2000
14. Orozco H: Incidencia en niños y adolescentes. *Rev Cub Med Trop, Cuba* 53 (1): 16–19, 2001
15. Vargas C: Características clínicas de la fiebre en niños durante el brote epidémico en Santiago de Cuba. *Rev Cub Med Trop, Cuba* 53 (1): 20–23, 2001
16. Vetsinon S: Failure of highdose methylprednisolone in established dengue: a placebo-controlled, double-blind study. *Pediatrics, USA* 92: 111–115, 1999

Dra. Wendy Auz Palomeque
Teléfono: 593-04-2237127



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL