

PRESENTACIÓN DE CASO

Rash: única manifestación clínica de dengue

Rash: the only one clinical manifestation of dengue

Dra. Sarah María Regueira Betancourt*, Dr. Manuel de Jesús Díaz Pérez**, Dra. Lisbeth Orive Pacheco***

*Especialista de Segundo Grado en Medicina Interna y Farmacología. Investigadora Agregada. Profesora Asistente. Policlínico Docente "Manuel Fajardo Rivero". **Especialista de Segundo Grado en Medicina Interna. Máster en Enfermedades Infecciosas. Profesor Auxiliar. Hospital General Docente "Dr. Ernesto Guevara de la Serna". ***Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Profesora Instructora. Policlínico Docente "Manuel Fajardo Rivero". Las Tunas, Cuba. **Correspondencia a:** Dra. Sarah María Regueira Betancourt, correo electrónico: regueira@ltu.sld.cu.

Recibido: 7 de noviembre de 2015

Aprobado: 3 de diciembre de 2015

RESUMEN

Se presenta un inusual caso de dengue con ausencia de fiebre. Paciente masculino, blanco, de 23 años de edad, que acudió a su médico de familia en agosto de 2013 por presentar una erupción exantemática, de color rojizo, en la parte superior del tórax, quien, a pesar de haberse medido la temperatura varias veces en su casa, no comprobó hipertermia. Fue remitido al Hospital General Docente "Dr. Ernesto Guevara de la Serna", desde donde se trasladó al Hospital de Campaña "60 Aniversario del Moncada" por sospecha de dengue. Durante toda su estadía hospitalaria se midieron los signos vitales cada tres horas, y nunca se detectó fiebre. Al cuarto día de su evolución la Prueba de Lazo se hizo positiva. Al sexto día se realizó IgM para dengue, que resultó positiva. En situaciones de incremento de la incidencia de dengue, en pacientes con rash sin fiebre, debe tenerse en cuenta este posible diagnóstico, aspecto de importancia capital y que incide en la transmisibilidad.

Palabras clave: DENGUE; RASH; MANIFESTACIONES CLÍNICAS.

Descriptores: DENGUE; EXANTEMA; RASH CUTÁNEO.

SUMMARY

This is an unusual case of dengue without fever. This is a 23-year-old, white male patient who went to his family doctor in August, 2013 complaining of of a reddish exanthematous eruption in his upper chest, who despite of having measured his temperature several times at home, he did not have hyperthermia. He was referred to "Dr. Ernesto Guevara de la Serna" General Teaching Hospital, from where he was moved to "60 Aniversario del Moncada" field hospital for suspecting dengue. Throughout his hospital stay vital, his signs were measured every 3 hours, and fever was never detected. On the fourth day of his follow-up, loop test was positive. On sixth day, IgM for dengue was made and resulted positive. In situations of increasing the incidence of dengue, at the onset of rash without fever, this disease should be considered as a possible diagnosis, which is of paramount importance that has incidence on its transmission.

Key words: DENGUE; RASH; CLINICAL MANIFESTATIONS.

Descriptors: DENGUE; EXANTHEMA.

INTRODUCCIÓN

Desde finales del siglo pasado el mundo ha enfrentado el surgimiento y resurgimiento de muchas enfermedades infecciosas, entre las que el dengue constituye una de las de mayor importancia,

(1) por ser la enfermedad viral, transmitida por artrópodos, que más morbilidad y mortalidad ocasiona mundialmente. Su incidencia ha aumentado en las últimas décadas, por lo que es considerada hoy en día como una enfermedad infecciosa

Citar como: Regueira Betancourt SM, Díaz Pérez Md, Orive Pacheco L. Rash: única manifestación clínica de dengue. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. 2015; 41(1). Disponible en: <http://revzoilomarinellosld.cu/index.php/zmv/article/view/537>.



Universidad de Ciencias Médicas de Las Tunas
Centro Provincial de Información de Ciencias Médicas
Ave. de la Juventud s/n. CP 75100, Las Tunas, Cuba

emergente y un problema de salud pública global. Constituye la arbovirosis humana más importante en el mundo. (2)

Aproximadamente dos quintas partes de la población mundial están en riesgo y más de 100 países han sufrido brotes de dengue. La incidencia anual alcanza hasta 50 millones de casos por año, de los cuales 500 000 personas son hospitalizadas y 20 000 mueren. El 95 % de todos los casos de dengue hemorrágico ocurre en niños menores de 15 años de edad. La población mundial en riesgo de contraer dengue supera los 2 000 millones de personas; y es la décima causa de muerte por enfermedades infecciosas. (2)

En la región de la América el dengue ha mantenido un aumento sostenible en los últimos 25 años, con brotes epidémicos que se repiten de manera cíclica. Durante el año 2002 se notificaron más de un millón de casos y en el 2005 se apreció un discreto aumento respecto a los dos años precedentes. (3)

El incremento de los viajes aéreos, el cambio climático, la alteración de los ecosistemas (cambios en la transmisión biológica, ecológica y socioeconómica), la alteración en la distribución de patógenos y vectores, el desordenado crecimiento urbano, las dificultades en el abastecimiento de agua, el problema de los residuos sólidos, unido a la carencia de insecticidas con buena relación de costo/efectividad y la falta de educación sanitaria, son algunos de los factores relacionados a la diseminación del *Aedes aegypti* y al incremento en la circulación de los serotipos del virus. (4, 5) No se avizora la desaparición a corto plazo de los factores que favorecen esa situación.

A partir de la epidemia de 1981 en Cuba se organizan las actividades de control y vigilancia de los índices de infestación por *Aedes aegypti* mediante un programa nacional. Este programa fue efectivo por 15 años y se logró una reducción importante de los índices de infestación. A partir de los años noventa se observaron dificultades en la eliminación de *Aedes aegypti* del ambiente doméstico en algunas áreas urbanas, se reportó transmisión de dengue en 1997, 2000 y 2001-2002, seguido de un reporte de brote en varias provincias en 2006, entre ellas Santiago de Cuba. (6)

En la provincia de Las Tunas durante el año 2013 fue necesaria la apertura de hospitales de campaña, debido al aumento de la morbilidad por esta enfermedad. Se observaron formas atípicas con IgM positiva. (7) Según la definición de la Organización Panamericana de la Salud, como caso con Sospecha Clínica de Dengue se considera a aquella persona con fiebre y que al menos tenga asociadas dos o más manifestaciones tales como: cefalea, dolor retroocular, mialgias, artralgias, exantema, manifestaciones hemorrágicas y leucopenia. (8) Motivados por la aparición de rash sin fiebre, se decide presentar este caso, primero entre el 6 % que no se ajustó al concepto establecido, (7) pero

que debe tenerse en cuenta por su importancia en la transmisibilidad.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino, blanco, de 23 años de edad, que acudió a su Médico de Familia el 15 de agosto del 2013 por presentar una erupción exantemática, de color rojizo, en la parte superior del tórax. Al examen físico no se constataron más datos positivos. Remitido al Hospital General Docente Dr. Ernesto Guevara de la Serna", desde donde se trasladó al Hospital de Campaña "60 Aniversario del Moncada", se decidió su ingreso.

Antecedentes patológicos personales: no refiere.

Antecedentes patológicos familiares: ese mismo día la esposa presentó fiebre de 38,7°C, acompañado de exantema eritematoso en el tórax, brazos y abdomen. Prueba de Lazo positiva, la cual mide de manera indirecta la fragilidad de los vasos sanguíneos capilares.

Examen físico:

- Piel: erupción cutánea a forma de exantema morbiliforme en el abdomen, tórax y los brazos puntiforme, pruriginoso (**imágenes 1, 2, 3**).

- Temperatura: 36,2°C.

- Mucosas: húmedas y normocoloreadas.

- Tejido celular subcutáneo: no infiltrado.

- Sistema respiratorio: murmullo vesicular normal; no estertores. Frecuencia respiratoria: 16 respiraciones por minuto.

- Sistema Cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos, de buen tono e intensidad, no soplos. Frecuencia cardíaca: 78 latidos por minuto. Tensión arterial: 120/80 mm Hg.

- Abdomen: plano, sigue los movimientos respiratorios; blando, depresible, no doloroso a la palpación, no visceromegalia. Ruidos hidroaéreos presentes y normales.

- SNC: paciente consciente, orientado en tiempo, espacio y persona, que responde al interrogatorio con lenguaje claro y coherente, cuya marcha, facie y actitud no son características de procesos neurológicos.

- Prueba de Lazo negativa.

Impresión diagnóstica en el ingreso: sospecha de dengue, teniendo en cuenta el genio epidemiológico.

Según lo establecido en dicho hospital, los parámetros vitales se tomaban cada tres horas. Durante toda su estadía el paciente mantuvo la temperatura entre 36-36,5°C, frecuencia respiratoria 16-20 respiraciones/min, pulso 78-82 pulsaciones/min y tensión arterial 120-110/80-70 mmHg; todos los parámetros en límites considerados normales. Cada vez que fue examinado, negó síntomas al interrogatorio.

IMÁGENES 1, 2, 3. Erupción cutánea a forma de exantema morbiliforme

Abdomen



Brazo



Tórax



El día 18 de agosto, al cuarto día de su evolución, la Prueba de Lazo se hizo positiva.

El día 20 se le realizó extracción para IgM. El exantema antes descrito cambió por una erupción maculopapulosa en el tronco, la cual se extendió a

todo el cuerpo; pruriginosa, descamándose en el tórax. Evolucionó de forma favorable.

Resultados de laboratorio:

Complementarios	15/08/2013	16/08/2013	17/08/2013	18/08/2013	19/08/2013
Hematocrito	0,45	0,43	0,46	0,45	0,41
C. de Plaquetas	180 000	250 000	280 000	285 000	280 000
Leucograma	Leucos: 6,2	Leucos: 7,6	-	-	-
Diferencial	P 0,55 L 0,45	P 0,46 L 0,51 E 0,03	-	-	-

IgM: positiva

DISCUSIÓN

La primoinfección por cualquiera de los cuatro serotipos del virus del dengue en un sujeto sano puede presentar diversas manifestaciones o síndromes clínicos. En un extremo están los pacientes sanos y asintomáticos, seguidos por aquellos que refieren un cuadro benigno de fiebre o sensación de alza térmica, inespecífico y limitado, asociado a malestar general, pasando por un cuadro más intenso de tipo febril, conocido como dengue clásico, el cual puede o no presentar manifestaciones hemorráparas menores, para culminar en el otro extremo del espectro clínico, con las manifestaciones severas del dengue hemorrágico y de Síndrome de Choque por Dengue. (9)

En la literatura revisada los síntomas de la fiebre del dengue suelen aparecer de cuatro a siete días después de recibir la picadura de un mosquito infectado. Algunas personas infectadas por el virus no presentarán ningún síntoma, pero habrá otras

que presentarán síntomas durante tres a diez días antes de empezar a mejorar. (9)

En este paciente sólo se manifestó la erupción. Los exámenes de laboratorio tampoco aportaron datos. La leucopenia, la trombocitopenia y la hemoconcentración fueron hallazgos frecuentes en otros estudios, (10) pero en este caso resultaron normales.

Los resultados demuestran lo difícil que resulta para el médico realizar un diagnóstico clínico de la enfermedad, si se basa solamente en el cuadro sintomático, por lo que hay que tener en cuenta también la situación epidemiológica y entomológica.

Este paciente, con IgM positiva Dengue, no percibió los síntomas característicos, lo cual es extremadamente importante, dado que son personas infectadas sin control o aislamiento y, por ende, mantienen las condiciones de endemicidad por su condición de reservorio sin síntomas. Estos casos asintomáticos con IgM positiva son, sin dudas, un indicador indirecto de la existencia del vector y de la

transmisión a bajo nivel. Ante un cuadro atípico se debe buscar el antecedente de contacto con personas enfermas, ya que en epidemias aproximadamente un 13,7 % de los pacientes pueden encontrarse asintomáticos. (3)

En Cuba confluyen al unísono los tres elementos para que ocurra la transmisión: la existencia del

mosquito transmisor, el arbovirus y la población susceptible. (11, 12) Por tanto, en condiciones de epidemia se deben de evaluar profundamente aquellos pacientes con formas atípicas, sobre todo si existe el genio epidemiológico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Guzmán Tirado MG. Treinta años después de la epidemia cubana de dengue hemorrágico en 1981. *Rev Cubana Med Trop* [revista en internet]. 2012 [citado 21 de diciembre 2015]; 64(1): 5-14. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-07602012000100001&lng=es.
2. Rivera AH, Rodríguez AP. Estudio seroepidemiológico de infección de dengue en San Mateo, Anzoátegui, Venezuela 2007-2008. *Rev Panam Infectol* [revista en internet]. 2010 [citado 21 de diciembre 2015]; 12(3): 33-8. Disponible en: http://www.revistaapi.com/wp-content/uploads/2014/03/API_03_10_F.pdf.
3. Hoyos Rivera A, Pérez Rodríguez A, Hernández Meléndrez E. Espectro clínico del dengue. *Rev cubana med* [revista en internet]. 2012 [citado 21 de diciembre 2015]; 51(1): 61-68. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232012000100007&lng=es.
4. López Barroso R, Deulofeu Betancourt I, Fayad Saeta Y, Macias Navarro MM. Convalecencia de mujeres que sufrieron dengue serotipo 3 durante el embarazo. *Rev Cubana Med Trop* [revista en internet]. 2011 [citado 21 de diciembre 2015]; 63(3): 206-210. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-07602011000300002&lng=es.
5. Terazón Miclín O, Terazón Miclín M. Enfoque de riesgo en la prevención del dengue. *MEDISAN* [revista en internet]. 2012 [citado 21 de diciembre 2015]; 16(9): 1428-1437. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012000900014&lng=es.
6. Diéguez Fernández L, Sosa Cabrera I, Pérez Arruti AE. La impostergable participación comunitaria en la lucha contra el dengue. *Rev Cubana Med Trop* [revista en internet]. 2013 [citado 21 de diciembre 2015]; 65(2): 272-276. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-0760201300200015&lng=es.
7. Regueira Betancourt SM, Peña Enamorado PB, Díaz Pérez MJ. Variables clínicas en pacientes con sospecha de dengue, ingresados en un hospital de campaña. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta* [revista en internet]. 2014 [citado 21 de diciembre 2015]; 39(11). Disponible en: <http://www.revzoilomarinellosld.cu/index.php/zmv/article/view/131>.
8. Orozco Hechavarría N, Díaz Portuondo IM, Abad Cañete U, Martínez Delgado Y. Incidencia de dengue en niños y adolescentes. *Rev Cubana Med Trop* [revista en internet]. 2001 [citado 21 de diciembre 2015]; 53(1): 16-19. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-07602001000100002&lng=es.
9. Barredo Acosta AA, León García Y, Arencibia Cruz O, Báez Pérez OL. Aspectos biológicos del *Aedes Aegypti* y manifestaciones clínicas del dengue. *Revista Universidad Médica Pinareña* [revista en internet]. 2011 [citado 21 de diciembre 2015]; 7(2). Disponible en: <http://bvvsalud.org/portal/resource/en/cum-50438>.
10. Guzmán Tirado MG, García G, Kourí G. Dengue y fiebre hemorrágica del dengue: un problema de salud mundial. *Rev Cubana Med Trop* [revista en internet]. 2008 [citado 12 de noviembre 2014]; 60(1): 15. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-07602008000100001&lng=es.
11. Quesada Aguilera JA, Quesada Aguilera E, Rodríguez Socarras N. Diferentes enfoques para la estratificación epidemiológica del dengue. *AMC* [revista en internet]. 2012 [citado 21 de diciembre 2015]; 16(1): 109-123. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-0252012000100014&lng=es.
12. Guzmán Tirado MG. XIII Curso Internacional de Dengue, La Habana, Cuba. *Rev Cubana Med Trop* [revista en internet]. 2013 [citado 21 de diciembre 2015]; 65(3): 281-282. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-07602013000300001&lng=es.

Copyright Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. Este artículo está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento – No Comercial – Sin Obra Derivada 4.0 Internacional](#), los lectores pueden realizar copias y distribución de los contenidos por cualquier medio, siempre que se mantenga el reconocimiento de sus autores, no se haga uso comercial de las obras, ni se realice modificación de sus contenidos.