

Dengue y embarazo.

Pregnancy and Dengue.

¹ Enrique O. Samayoa M, ² Carlos Ramos, ³ Oscar González

Presentación de un caso

Resumen

Nulípara de 28 años de edad, con 4 controles prenatales, a las 20, 24 y 28 semanas. Última consulta a la edad gestacional de 29 semanas, se presenta acusando proceso similar a un estado pielonefítico agudo, con buena vitalidad fetal. Se le hospitaliza de emergencia, la clínica y las pruebas de laboratorio se inclinan al diagnóstico de dengue clásico. Después de 7 días de hospitalización y a las 30 semanas de gestación se le atiende de parto normal de una niña con múltiples anomalías congénitas.

Conclusiones: El dengue, clásico o hemorrágico, es una rara complicación en el embarazo como lo han establecido varios investigadores de áreas muy endémicas como son los países de Oceanía y en Colombia.

Palabras claves: Dengue, fiebre, dengue hemorrágico, embarazo, complicaciones del embarazo.

Abstract

This is the presentation of a pregnancy complicated by Dengue Fever, in a 28 years old nulligravida at 29 weeks of gestation. Due to the acute and severe symptoms, she was hospitalized the same day on the evening hours. Dengue fever was diagnosed on clinical basis and laboratory assays, the agreed treatment was started. After 7 days of hospitalization at 30

weeks gestation, she was delivered of a multiple congenital abnormalities baby girl.

Conclusion: Classic or hemorrhagic dengue is a rare complication in pregnancy as it has been established by many researchers in academic areas as Australia, New Zealand and Colombia.

Keywords: Dengue, fever, dengue hemorrhagic pregnancy, pregnancy complications.

Introducción

El dengue es una enfermedad conocida desde las dinastías chinas de Chin y Tung y por los ingleses desde 1827 en sus colonias asiáticas. Su propagación al resto del mundo tropical es ampliamente conocida. La incidencia en el embarazo, no obstante, es relativamente rara sin darse cifras estadísticas precisas.

La fiebre del dengue en sus modalidades clásica o hemorrágica, por referencias ^(1, 2, 3) históricas es conocida desde tiempos ancestrales en la medicina china. Su nombre viene de una palabra del dialecto o idioma laosiano Swahili: “Kidenga pepo” que describe calambres repentinos, fiebres y convulsiones causadas por espíritus malignos. ⁽¹⁾

Está bien demostrado que el virus del dengue pertenece a la familia de los Flavivirus igual que la fiebre amarilla y la encefalitis japonesa. Son 4 los serotipos conocidos ^(1,2) DEN-1, DEN-2, DEN-3 y el DEN-4, todos dan inmunidad de

¹ Gineco-obstetra de Clínicas Médicas, Tegucigalpa, Honduras.

² Médico Internista del Hospital Honduras Medical Center, Tegucigalpa, Honduras.

³ Hospital Honduras Medical Center, Tegucigalpa, Honduras.

por vida para si mismo, pero no cruzada con los otros tipos ⁽¹⁾. Aparte de estos 4 tipos de dengue clásico existe el **dengue hemorrágico**, es una forma secundaria de dengue y ocurre cuando una persona es reinfectada con un serotipo diferente ⁽²⁾

Su agente transmisor principalmente es el mosquito *Aedes Aegypti* que por lo general se alimenta en las horas del día, teniendo un período de incubación de 3 a 14 días y más a menudo de 4 a 7 días ^(2,3).

La complicación más severa es el dengue hemorrágico ⁽²⁾ caracterizado por hemorragias en varios lugares del cuerpo y de variable intensidad acompañado de trombocitopenia severa, hemoconcentración, filtraciones plasmáticas por el aumento de la permeabilidad capilar que conduce a un fallo circulatorio con el consecuente shock hipovolémico ^(2, 4) instalándose entonces el síndrome de shock por dengue que se supone que es raro, con manifestaciones pulmonares como la de efusión pleural, pneumonitis, hemoptisis, hemorragia pulmonar con síndrome de dificultad respiratoria ARDS (de sus siglas en Inglés: Acute Respiratory Distress Syndrome) ⁽¹⁾

No obstante las grandes rebrotes de epidemias de esta enfermedad en los lugares endémicos, los autores de los artículos sobre Dengue y embarazo en estos lugares, solicitan la publicación de estos casos porque los consideran raros ^(1,2) y mas aún la trasmisión vertical de la enfermedad al feto ^(5, 6, 7) que presenta rash al 5o día de fiebre. En los recién nacidos los títulos de anticuerpos van desapareciendo progresivamente, 3% a los 2 meses, 19% a los 4 meses, 72% a los 6 meses, 99% a los 9 meses y 100% a los 12 meses ⁽⁶⁾.

La complicación de más cuidado en el embarazo con dengue es la hipertensión gestacional que conlleva a trombocitopenia y la hemoconcentración, la perfusión hipovolémica

por daño endotelial, ⁽⁷⁾ que puede conducir a la preeclampsia y/o desprendimiento prematuro de placenta ^(3,6,7,8)

Las complicaciones que el dengue puede producir en el embarazo según el trimestre en que se presente son peligrosas pero dichosamente su incidencia en la gestación es poco común y hay autores que dicen: “Hay pocos casos reportados de fiebre de Dengue, Dengue hemorrágico y embarazo en la literatura” ⁽⁸⁾.

PRESENTACION DEL CASO

Paciente de 24 años de edad, nuligesta, que fue vista en dos ocasiones, a las 20 y las 24 semanas de gestación sin acusar complicaciones en su peso, presión arterial, desarrollo fetal ni dudas sobre su edad gestacional, la que fue corroborada por ultrasonografía a las 23 semanas.

A las 29 semanas telefónicamente informa por la noche, del inicio brusco de fiebre, disuria, dolorimiento general y sobre todo lumbalgia. Se le ordena urocultivo y se inicia enoxacina 200 mgs cada 12 horas. Al día siguiente se ve en la clínica privada donde se confirma el estado febril 39°C y moderado dolor en ángulo costovertebral derecho. Con el diagnóstico de pielonefritis aguda, se hospitaliza de emergencia refiriéndola al médico internista

Antecedente personal de importancia: convulsiones por epilepsia, las que han sido controladas con ácido valproico desde su infancia y durante la gestación. Como antecedentes familiares, informados después del nacimiento de la niña, es un tío que fue operado de comunicación interauricular y clasificado como síndrome de Noonan.

Evolución Hospitalaria

La paciente es hospitalizada a las 20 hrs. (8:00 p.m.) con el diagnóstico de embarazo de 29 semanas de amenorrea y pielonefritis aguda. Aquejando tener 4 días de proceso febril con escalofríos, polaquiuria, lumbalgia bilateral y artralgia generalizada.

Examen Físico: P/A: 110/70, T: 39o C, F.C: 80
Deshidratada, en regular estado general,

luce agudamente enferma. Corazón: normal, pulmones limpios, abdomen grávido con dolor a la palpación de ambas fosas ilíacas. Puño percusión bilateral positiva.

Entre los exámenes de emergencia llama la atención la plaquetopenia de 90.000 y una hemoglobina de 9 grms. Uroanálisis revela bacteriuria moderada. Al cuarto día la plaquetopenia bajó a 55.000 y el urocultivo fue negativo. Creatinina 0.6 mgrs, BUN 3 mgrs. El Na osciló entre 139 y 140 mEq/lit, K 3.4 mmol/lit. Al siguiente día de su admisión prueba de Dengue IgM: negativa, IgG Positiva, sin cuantificación.

En base al cuadro clínico, la plaquetopenia y la positividad serológica de la prueba de Dengue en anticuerpos IgG, se le trata como tal, con analgésicos a base de acetaminofen y rehidratación. Al cuarto día la paciente se torna afebril y la cuenta plaquetaria sube a 111.000, en ningún momento hubo petequias ni sangrados y la P/A, se mantuvo estable, lo mismo que la condición fetal, por lo que fue dada de alta con los diagnósticos de embarazo de 29 semanas complicado con dengue clásico.

Atención del Parto

A las 38 semanas y 5 días de embarazo es atendida de parto y puerperio normal, naciendo una niña con APGAR 5-7-10, peso 5-1/2 lbs. (2.500 gms.) talla 48 cms, CC 33cms., de inicio hubo necesidad de reanimación pero evolucionó bien y a la madre se le dio el alta en buenas condiciones.

Los hallazgos físicos de la recién nacida fueron los siguientes; Normocéfala, puente nasal ancho y aplanado, nariz "achatada" epicantus, hipertelorismo, catarata OD, boca con paladar hendido, micrognatia, pabellón auricular de implantación baja, cuello corto, tórax y abdomen normales. Genitales: labios menores prominentes. Extremidades: pulgar digitalizado (Trifalángico bilateral) pliegues ausentes de ambas manos, clinodactilia, pies con dedos sobrepuestos, hipoplasia ungueal importante. Corazón: soplo sistólico grado 1-2 desdoblado, corto FC: 150.

Laboratorio y gabinete

Radiografía de tórax: ensanchamiento mediastinal por persistencia de timo, cardiomegalia con prominencia perfil izquierdo, resto normal.

Radiografía columna Cervico dorso lumbosacra en plano lateral: normal.

Ecocardiograma: Comunicación interauricular, ostión secundium grande de 11 mm., circuito de auricular izquierdo a derecha, persistencia del conducto arterioso.

Laboratorio: Glucosa 117 mgs. Hemograma: eritro 3.750.000, Htc 41, Hgb. 13,5, Plaquetas 212.000.

Diagnóstico de egreso

1. Síndrome de Noonan
2. Cardiopatía acianótica (CIA) con persistencia de ducto arterial
3. Asfisia neonatal leve de recuperación rápida
4. Paladar hendido
5. Malformaciones en miembros superiores e inferiores (Clinodactilia bilateral)

Discusión

La enfermedad del dengue es de incidencia muy rara en el embarazo como se ha reportado ^(1, 2, 4), no se encuentran razonamientos o resultados de investigaciones que nos informen a que se debe la baja incidencia de esta enfermedad en la gestante. La transmisión vertical al niño también es rara. ^(2, 4) Debemos por lo tanto verificar cual es la incidencia de esta enfermedad en el embarazo de nuestras conciudadanas y como incide en la morbilidad o mortalidad del embrión, del feto o del neonato, porque como vemos en el presente caso, las complicaciones congénitas que presentó la niña aparentemente eran más consecuencia de un factor familiar, ya que un tío padeció de igual síndrome.

El ácido valproico considerado una droga tipo D como riesgo del embarazo ⁽⁸⁾, no luce tan responsable en el caso presentado ya que no se considera demostrado que tenga tanta afectación en los humanos, donde sólo llegaría a afectar al 1% y por lo tanto, en caso de necesitarse su uso en la paciente epiléptica embarazada, debe usarse. Remotamente producirá las afectaciones que se la atribuyen como son: defectos del tubo neural, espina bífida, defectos faciales, etc. ^(10, 11) dándose solamente en los animales de experimentación.

El dengue raramente tiene un transferencia vertical en el feto, habiéndose demostrado titulaciones positivas del virus en la sangre del cordón umbilical, pero su complicación no ha pasado de ser mas que una proceso febril del neonato ^(1, 2).

La gestante con dengue debe tratarse con las medidas propias de la enfermedad para evitar que se llegue a la complicación de las alteraciones vasculares que conduzcan al shock hemorrágico colindante con el síndrome de HELLP, donde su evolución y una intervención quirúrgica sería desastrosa (8).

Agradecemos a la Dra. Rosa Kafati de la unidad de epidemiología del Hospital Escuela, que muy gentilmente nos informó que hasta la semana 43 del año 2005, se confirmaron 43 casos de dengue hemorrágico en mujeres, 44% del total de 155 casos en todas las edades y sexo, entre los que se consigna un caso, de posible Dengue hemorrágico, manejado como síndrome de HELLP, en una nuligrávida de 19 años, con toda la signología de Dengue pero que no se confirmó por serología. Considerándola como una complicación gestacional, se le interrumpió el embarazo por cesárea, con evolución trágica, como se ha comentado previamente que sucede cuando no se le da tratamiento conservador al dengue hemorrágico y embarazo.

Bibliografía

1. Robert F, et al Pulmonary hemorrhage

syndrome associated with autoctonous case of Dengue hemorrhagic Fever. (En línea) Southern Medical Journal. 2004; 97(7): 688-691. consultado el 08/10/2006 Disponible en: http://www.medscape.com/viewarticle/484555_print

2. Lindback H, Lindback J, Tegnella, Janson K, Vine S, Ekdahl K. Dengue Fever in Travelers to the Tropics 1998-1999.
3. Bunyavejchevin S, Tanawa Tanachaivochn S., Tamirandon Y. Limpaphayom K. Dengue hemorrhagic fever during pregnancy; antepartum, intrapartum postpartum management. J. Obstet Gynaecol Res 1997 Oct. 23(5): 445-8
4. Wilson R. Empowering Communities to Reduce the Impact of infectious diseases. (En línea). Consultado el 13/10/2006. Disponible en [http://www.prb.org/Articles/2004/Empowering communities for reduce the impact of infectious diseases. asp](http://www.prb.org/Articles/2004/Empowering%20communities%20for%20reduce%20the%20impact%20of%20infectious%20diseases.asp)
5. Janjidenmai W, Pruekprasent P Perinatal Dengue Infection : a case report and review of literature Sotheast Asian. J Trop Med Public Health Dec. 2003 ;34 (4) : 793-6
6. Watanaveradej. Endy TP, Samakeses R., Kerdpanich A., Simasathien S. Polprasent N., Aree C., Vaughn DW., Ho C., Nisalaka. Transplacentally transferred maternal-infant antibodies to dengue virus. AM J trop Med Hyg . Aug. 2003; 69 (2) : 123-8
7. Cienfuentes R., Albonio O., Rosso P. Case Report: Hemorrhage dengue and eclampsia Rev Colomb Obstet Ginecol, July /Sept 1999, 50 (2): 81-84
8. Phupong, V. Dengue Fever in Pregnancy: a case report. BMC Pregnancy and Childbirth . 2001,1:7
9. Briggs GC, Bondendarier TW, Frieman KK, Vaffi SJ. Drugs and Pregnancy. Williams and Wilkins, 1993. P. 369-70
10. Stempil L., Moore T.D. Anticonvulsent therapy during pregnancy drugs therapy in Obstetrics and Gynecology. Appleton: Century-Crofts, 1982.
11. American College of Obstetrics-Gynecology. Teratology. ACOG Educational Bulletin .April 1997, 236:1-8