

Infección por virus del dengue y enfermedades reumáticas

Daniel Stecher

División Infectología, Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.

El dengue es una enfermedad causada por el virus homónimo perteneciente a la familia *Flaviridae* del cual existen cuatro variantes: los serotipos DEN 1, DEN 2, DEN 3 y DEN 4. Es transmitida al ser humano a través de un vector siendo el más frecuente el mosquito *Aedes aegypti*. Se trata de un mosquito de hábitos urbanos cuya población ha aumentado en los últimos años debido a la rápida y desorganizada urbanización, la gran producción de recipientes descartables que sirven como criaderos de mosquitos y la resistencia de estos a los insecticidas. Esto explica por qué el dengue ha resurgido como enfermedad en los últimos años, en las zonas tropicales y subtropicales, registrándose en el mundo por año 50 millones de infecciones, medio millón de hospitalizados y más de 25.000 muertes. En el área de las Américas su presencia se ha incrementado en los últimos tres años, expandiéndose a todos los países de la región. Argentina reportó alrededor de 26.000 casos en el año 2009, todos correspondientes al serotipo DEN 1.

En nuestro país, la enfermedad tiene un comportamiento epidémico restringiéndose a los meses de mayor temperatura entre noviembre y mayo en estrecha relación con los brotes en países limítrofes (Bolivia, Paraguay y Brasil). Durante el año 2009 se notificaron casos no sólo en áreas endémicas sino también en zonas no habituales como la Ciudad de Buenos Aires, debido a la llegada de pacientes infectados y a la existencia del *Aedes aegypti* en la ciudad durante la época estival. A estos casos se los denomina como autóctonos, diferenciándolos de los importados que son aquellos pacientes que reconocen un nexo epidemiológico (viaje o residencia en zonas de riesgo).

Otra población en la que debe valorarse la presencia de dengue son los viajeros a zonas endémicas que pueden desarrollar la enfermedad al regresar a sus lugares de origen.

Las manifestaciones clínicas se desarrollan luego de un período de incubación de 3 a 14 días a partir de

la inoculación del virus por parte del vector. El cuadro habitual (dengue clásico) consiste en fiebre con intenso malestar general (cefalea, dolor retro-ocular, mialgias y artralgias acompañadas a veces de una erupción rojiza distribuida en parches en brazos y piernas). En un tercio de los casos se observan manifestaciones hemorrágicas leves (petequias, epistaxis, etc.). Este cuadro suele mejorar espontáneamente en 7 días.

Debe hacerse notar que existen formas oligosintomáticas cuya única manifestación es la fiebre.

A nivel de laboratorio se observa leucopenia, plaquetopenia y elevación del hematocrito, producto éste del aumento de permeabilidad capilar que caracteriza a la fisiopatología del dengue. Para su confirmación se requiere la detección del virus en sangre durante el período febril (primeros 5 días) por detección del genoma o cultivo, o la realización de estudios serológicos luego de la disminución de la temperatura que se produce a partir del 5^o día (ELISA IgM e IgG).

El diagnóstico diferencial debe establecerse con otras enfermedades tales como leptospirosis, meningococemia, influenza, lupus eritematoso sistémico, etc.

Algunos pacientes evolucionan a formas graves de dengue, sobre todo en el caso de personas que sufrieron infecciones previas por un serotipo y son reinfectadas por otro distinto. También puede darse en casos de infecciones primarias por serotipos como el 2.

Las formas graves deben sospecharse ante la presencia de signos de alarma (dolor abdominal, vómitos, somnolencia, descenso brusco de la fiebre, hepatomegalia, sangrado clínico, aumento brusco del hematocrito con caída de las plaquetas y evidencias de derrames serosos). Puede presentarse con manifestaciones de sangrado severo o un cuadro de shock caracterizado por hipotensión, taquicardia y sudoración fría seguido de fallo multiorgánico. En estos casos, la mortalidad alcanza el 30 al 50%.

Correspondencia

E-mail: dstecher@intramed.net

La clasificación actual en dengue con y sin signos de alarma y dengue grave reemplazó a la previa de dengue clásico, dengue hemorrágico y shock por dengue debido a su mayor sensibilidad y especificidad y permite un reconocimiento más rápido de los pacientes con riesgo de progresar a formas severas.

Existen formas menos frecuentes como la hepatitis, encefalitis o miocarditis que deben considerarse como dengue grave.

No existe un tratamiento específico. En las formas leves se indica reposo y manejo sintomático, y en las graves es fundamental el soporte hemodinámico y la reposición hidroelectrolítica. La aspirina y los antiinflamatorios no esteroides están contraindicados.

Los pacientes con dengue pueden ser fuente de transmisión si son picados por el mosquito durante la etapa de viremia que coincide con la fiebre (primeros siete días). Durante la misma, por lo tanto, deben utilizarse métodos que los mantengan aislados de los vectores (habitación individual, mosquiteros, etc.).

La prevención se basa en el control del vector a través de la restricción de los criaderos. Dado que el mosquito se reproduce en fuentes de agua limpia, esto implica evitar la presencia de recipientes que acumulen agua como neumáticos o baldes y la limpieza periódica de otros como los floreros. Estas medidas se complementan con la fumigación que debe realizarse en forma dirigida a las larvas del mosquito. Las medidas de control llevadas a cabo en nuestro país, a raíz del brote de 2009, tuvieron como consecuencia una importante reducción en el número de casos en los años posteriores.

En lo que se refiere a los viajeros a zonas endémicas, la prevención se basa en el uso de repelentes y evitar el contacto con mosquitos utilizando ropas adecuadas.

La infección confiere inmunidad contra un solo serotipo, por lo que una persona podría tener dengue por serotipos distintos. Se encuentra en desarrollo una vacuna con el objeto de prevenir la enfermedad y contribuir a su control.

Para los reumatólogos, es un motivo de interés la evolución de los pacientes con enfermedades reumáticas en el caso de infección por dengue como es descrito en el artículo que se publica en este número. El otro aspecto a remarcar es considerar al dengue como diagnóstico diferencial en pacientes con cuadros de artralgias y fiebre, en aquellos que residan o hayan estado en zonas donde exista circulación del virus del dengue.

Bibliografía

1. Martínez Torres E. Dengue. Estudios Avanzados. Vol 22, num 64. Sao Paulo, 2008.
2. Smith Wilder A, Schwartz E. Dengue in travelers. *N Engl J Med* 2005;353:924-32.
3. Dengue. Guidelines for diagnosis, treatment, prevention and control. World Health Organization. (http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241547871_eng.pdf)
4. Situación del dengue en Argentina. Primer semestre de 2009. Ministerio de Salud. República Argentina. (http://www.msal.gov.ar/htm/site/pdf/BEP_dengue_int.pdf) Acceso agosto 2011
5. Sala de Situación de Coyuntura del Dengue 2009. Ministerio de Salud. República Argentina Junio 2009. (<http://www.msal.gov.ar/>)
6. Informe de vigilancia de dengue. Actualización 13/05/2011. Ministerio de Salud. República Argentina. (<http://www.msal.gov.ar/dengue/partes/Parte44.pdf>) Acceso agosto 2011
7. Dengue. Guía para el equipo de salud. Ministerio de Salud. (http://www.msal.gov.ar/dengue/descargas/guia-dengue_equipos-salud.pdf)
8. Merani V, Vilela A, Stecher D, Watman R, Schiavoni C, Blanco G. Dengue autóctono en la Ciudad de Buenos Aires: redefiniendo el nexo epidemiológico. X Congreso de la Sociedad Argentina de Infectología. Mar del Plata, mayo 2010.