

# Reporte de caso de dengue clásico a predominio de sintomatología dermatológica en el marco de la epidemia en la provincia de Misiones 2023-2024

**Dr J C Falkowski**

Instituto Previsión Social Misiones Policonsultorio. FCEQyN. Universidad Nacional de Misiones. Universidad Católica de las Misiones.  
Misiones, Argentina.

### Resumen

Se presenta un caso femenino de dengue clásico (DC) en el marco de la epidemia 2023-2024 en la provincia de Misiones, con predominio de síntomas dermatológicos de exantemas máculo papulosos, habonosos y eritrodermicos sobre los síntomas sindrómicos cardinales. Las lesiones presentan componente humoral y de extravasación, sin diátesis ni componentes purpúricos apreciables, presentando una rápida y efectiva evolución al eritema y la normalización con tratamiento antihistamínico y corticoide parenteral. De la misma manera se evalúan alteraciones analíticas hematológicas y hepáticas de gran magnitud, con escasa repercusión clínica, que se mensu-

ran en función del riesgo relativo al dengue hemorrágico (DH) y el pronóstico de la paciente.

**Palabras claves.** Dengue clásico, exantemas, lesiones dermatológicas.

### Case of Classic Dengue with Predominance of Dermatologic Symptoms in the 2023-2024 Epidemic in the Province of Misiones

#### Summary

A female case of classic dengue (DC) is presented in the context of the 2023-2024 epidemic in the province of Misiones, with a predominance of dermatologic symptoms of maculopapular, hives, and erythrodermic rashes overlapping the cardinal syndromic symptoms. The lesions have a humoral and extravasation component, without any significant diathesis or purpuric components, showing rapid and effective progression to erythema and normalization with antihistamine and parenteral corticosteroid treatment. Similarly, hematologic and hepatic analytical alterations of great magnitude are evaluated, with little clinical impact, measured in terms of relative risk for hemorrhagic dengue (HD) and the prognosis of the patient.

**Keywords.** Classic dengue, rashes, dermatological lesions.

---

**Correspondencia.** Dr J. C. Falkowski  
Correo electrónico: jcfalko@gmail.com

## Introducción

El dengue es una enfermedad causada por un virus que se transmite a través de la picadura de un mosquito perteneciente al género *Aedes*, principalmente el *Aedes aegypti*, vector de la enfermedad. Este mosquito tiene hábitos domiciliarios, por lo que la transmisión es predominantemente doméstica. El virus del dengue pertenece a la familia *Flaviviridae* y existen cuatro variantes, los serotipos DEN1, DEN2, DEN3 y DEN4. La inmunidad es serotipo-específica, por lo que la infección con un serotipo determinado confiere inmunidad permanente contra el mismo (inmunidad homóloga), y solo por unos meses contra el resto de los serotipos (inmunidad heteróloga).

Aunque, en teoría, una persona podría padecer dengue hasta cuatro veces a lo largo de su vida (una por cada serotipo), hasta el momento solo se han comprobado hasta tres infecciones en un mismo individuo, pudiendo determinarse dos formas clínicas: el dengue clásico (DC) en sus diferentes grados de gravedad y el dengue hemorrágico (DH). Cualquier serotipo puede producir formas graves de la enfermedad, aunque los serotipos 2 y 3 han sido asociados a la mayor cantidad de casos graves y fallecidos. El dengue es un problema creciente para la salud pública mundial, debido a varios factores: el cambio climático, el aumento de la población mundial en áreas urbanas de ocurrencia rápida y desorganizada, la insuficiente provisión de agua potable que obliga a su almacenamiento en recipientes caseros habitualmente descubiertos, la inadecuada recolección de residuos y la gran producción de recipientes descartables, que sirven como criaderos de mosquitos al igual que los neumáticos desechados. El comportamiento del dengue en la provincia de Misiones podría definirse actualmente como endémico, aunque la ocurrencia de casos se correlaciona con los meses de mayor temperatura (noviembre a mayo), en estrecha relación con la ocurrencia de brotes en los países limítrofes. De acuerdo con el último Boletín Epidemiológico, desde la semana epidemiológica 31/2023 a la semana epidemiológica 02/2024, Misiones registró un total más de 1860 casos positivos de dengue, lo que genera una gran preocupación entre las autoridades locales, siendo en la región NEA el predominio de los serotipos DEN 1 y 3.

## Caso clínico

Paciente de 36 años, con síndrome de dengue diagnosticado por clínica, y nexa epidemiológico iniciado en la semana epidemiológica 5, fecha 29 de enero de 2024. Presenta un síndrome con escasa fiebre y dolor muscular, cefalea, astenia, disgeusia y síntomas digestivos, tales como discreto dolor abdominal y diarrea. No se han demostrado manifesta-

ciones hemorrágicas leves tales como epistaxis, gingivorragias, petequias, púrpuras o equimosis; se ha verificado extravasación sin que tenga significado hemodinámico. Sin embargo, las manifestaciones principales fueron exantemas variados máculo-papuloso confluyente en exantema eritodérmico extenso de la piel combinado con exantema habonoso y exantema vesículo/ampoloso: caracterizado por lesiones elevadas con contenido seroso y de diámetro variable, pruriginosos y dolorosos simétricos en miembro superior (Figuras 1 y 2). Las pruebas de Nikolsky gingival y del lazo fueron negativas, lo que evidenció escasos fenómenos de diástasis capilar. Al examen clínico no se constataron alteraciones en los aparatos respiratorio y cardiovascular. El abdomen se constató blando, depresible e indoloro, con ligera hepatomegalia de 2 traveses de dedo.

**Figuras 1 y 2.** Lesiones exantemáticas simétricas bilaterales, día 5 del inicio febril.



## Diagnósticos diferenciales

Los diagnósticos diferenciales sobre el origen del síndrome se relacionaron en forma directa con el dengue clásico; no obstante, también podrían ser manifestaciones dérmicas menos caracterizadas de sika o chikunguña por su aparición de tipo viral tropical, como también lesiones herpética de zoster, o penfigoide ampular. Sin embargo la clínica infectológica, la distribución centrífuga, simétrica, la ausencia de componente purpúrico (verificado por vitropresión) y la evolución rápida favorable orientan al diagnóstico principal.

## Exámenes complementarios

Los estudios complementarios que se realizaron fueron principalmente de laboratorio: en el día 7 desde el inicio de la fiebre, se encontraron valores de hematocrito 36%, neutrófilos segmentados 23% (normal 40%-75%) y linfocitosis relativa 51% (normal 10%-45%), monocitosis relativa 18% (normal 2%-12%). Los valores de creatininemia, uremia y los demás parámetros metabólicos se encontra-

ron en intervalos de normalidad. En tanto, el hepatograma reveló bilirrubina directa 0,35 mg/dl y bilirrubina indirecta 1,2 mg/dl. Con enzimas hepáticas fosfatasa alcalina (FASA) normales, gamma-glutamiltanspeptidasa (GGT) 348 u/l (mayor a 10xN), aspartato transaminasa (AST) 304 u/l (mayor a 10xN), alanina aminotransferasa (ALT) 171 u/l (mayor a 5xN). Por las lesiones exantemáticas se solicitaron VES e IgA, con resultados normales; los valores de IgE fueron de 897 iu/ml (mayor a 8xN). En la analítica urinaria se verificó una densidad y pH normales (1,015 y 7 respectivamente) con campos de abundante eritrocitos y hemoglobinuria +++, sin cilindruria, ni proteinuria, ni leucocituria y escasos filamentos. No se requirieron estudios de imágenes ni anatomopatológicos.

### Evolución

La consulta médica se realizó el día 5 del inicio febril y se constataron las condiciones clínicas de la paciente, encuadrándose en caso de dengue clásico, manteniendo el tratamiento protocolar antifebril de paracetamol 2 gr diarios, con abundante hidratación. Las lesiones dermatológicas se trataron en forma conservadora, con una dosis parenteral de fosfato 3 mg. + acetato de betametasona 3 mg, asociado a 20 mg de cetirizina el primer día seguido de la misma por 10 mg/día durante 10 días. Las lesiones evolucionaron de las formas exantemáticas a las eritematosas en forma rápida, en 72 horas de iniciado (Figuras 3 y 4), y con posterior desaparición

**Figuras 3 y 4.** Evolución de las lesiones exantemáticas a eritemas simétricas bilaterales, día 8 del inicio febril, y posterior resolución al día 12 del inicio febril.



a las 96 horas con el plan terapéutico aplicado. Se realizó posterior manejo con emulsión de vitamina A y alantoína para reepitelización. Los valores hemáticos presentaron normalización en los laboratorios de seguimiento a las 120 horas de iniciado el tratamiento (día 12 de iniciada la fiebre), con descenso de los valores de las enzimas hepáticas hasta posterior normalización.

### Discusión

La etapa febril, que es de duración variable (entre 3 y 6 días en niños, y 4 a 7 días en adultos), se asocia a la viremia, durante la cual existe una alta posibilidad de transmisión de la enfermedad si la persona es picada por un mosquito vector. En esta etapa, el paciente puede tener, además de fiebre, dolor muscular y articular, cefalea, astenia, exantema, prurito y síntomas digestivos, tales como discreto dolor abdominal y, a veces, diarrea. Es frecuente la presencia de leucopenia con linfocitosis relativa, trombocitopenia e incremento de las transaminasas. Algunos pacientes pueden desarrollar manifestaciones hemorrágicas leves, tales como epistaxis, gingivorragias, petequias, púrpuras o equimosis, sin que correspondan a un cuadro de dengue grave. También, en algunos pacientes, puede detectarse extravasación plasmática, pero sin que tenga significado hemodinámico. Los pacientes pueden requerir internación para una mejor observación o para un tratamiento de reposición de líquidos o de sangre. Estos pacientes NO serán considerados como casos de dengue grave. Para esta clasificación se requieren otros parámetros que pueden ser revisados en la bibliografía. El período durante el cual se produce la caída de la fiebre y hasta 48 horas después es el momento en el que, con mayor frecuencia, los enfermos pueden presentar complicaciones; y es la clave del manejo médico de atención primaria, en un contexto de epidemia, de optimización de recursos y en la evaluación temprana de la decisión de internación. Debemos dar una dimensión a la magnitud de la evolución del dengue en el marco de una epidemia, donde el diagnóstico no siempre será serológico y en los que muchos casos no llegarán a la atención primaria. En la provincia de Misiones se registraron once óbitos por dengue entre diciembre de 2023 y febrero de 2024, por lo cual se podría determinar en forma indirecta una incidencia de 22.000 nuevos casos en el período considerado, a partir de una mortalidad proyectada por la autoridad sanitaria de 0,05%.

De las series internacionales, el vómito, y el hígado palpable por debajo de la parrilla costal, la hematuria microscópica estuvieron asociados con DH con riesgos relativos entre 1,8 y 2,5 (p menores a 0,002), las hemorragias nasales y

gingivales presentan menor valor predictivo. Estas asociaciones se sostienen en el análisis multivariado, con excepción de las observadas para exantema y hemorragia nasal. La aparición de exantema no es una variable predictiva, dado que presenta un riesgo relativo de entre 0,79 y 1,52 ( $p$  0,57), como en el caso presentado; con una importante presencia sintomática y repercusión en la percepción del paciente; pero con escasa importancia en la gravedad y pronóstico del caso. El recuento de plaquetas tomado durante la valoración inicial y el hematocrito presentan un mayor valor predictivo, como se constata en la bibliografía. El tratamiento del paciente se abordó con un criterio conservador, siendo elegibles otros tratamientos menos accesibles, como, por ejemplo, metilprednisona 10 mg por 10 días asociado a hidroxycina 10 mg/día. El médico de atención primaria debe estar capacitado para evaluar los complejos sindrómicos menos frecuentes, en este caso con predominio de lesiones exantemáticas, en el tamizaje diagnóstico de los casos graves o de DH de mucha menor prevalencia; en el marco de procesos epidémicos comunitarios y la disponibilidad de los recursos.

## Bibliografía

1. Guía para el equipo de salud N°. 2 (3ra edición) ISSN 1852-1819 / ISSN 1852-219X (en línea).
2. Díaz-Quijano FA, Martínez-Vega RA. Indicadores tempranos de gravedad en el dengue. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*. 2005;23(9):529-32.
3. Jaenisch T, Wills B. Resultado del estudio DENCO. TDR/WHO Reunión de Expertos en la Clasificación y Manejo de casos de Dengue. Implicaciones del Estudio DENCO. WHO, Ginebra, 30 de septiembre – 1° de octubre de 2008.
4. Martínez E. La prevención de la mortalidad por dengue: un espacio y un reto para la atención primaria de salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2006;20(1):60-74.
5. Organización Panamericana de la Salud. Dengue y dengue hemorrágico en las Américas: guías para su prevención y control. Washington: Publicación Científica. 1995;548:110.
6. Ramírez-Ronda C, García CD. Dengue in the western hemisphere. *Infect Dis Clin North Am*. 1994;8:107-29.
7. Henchal EA, Putnak R. The dengue viruses. *Clin Microbiol Rev*. 1990;3:376-96.
8. González G, Méndez A. Dengue, espectro clínico. *Tribuna Médica*. 1999;99:203-18.
9. <https://www.telam.com.ar/notas/202402/654713-misiones-nueva-muerte-dengue.html>. Consultado el 18/2/24.
10. Alerta Epidemiológica 22 de diciembre de 2023 – SE 51. Disponible en: [https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2023-12/alerta-dengue\\_23-12-2023.pdf](https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2023-12/alerta-dengue_23-12-2023.pdf) extraído 18/2/2024