

Dengue: nuevos conceptos terapéuticos

Dengue: new treatment concepts

Prof. Dr. Antonio Arbo Sosa¹

El dengue es una enfermedad viral causada por un flavivirus-el virus del dengue- que incluye cuatro serotipos ⁽¹⁾. Constituye actualmente la arbovirosis más importante a nivel mundial, de tremendo impacto en la morbilidad y mortalidad de la población así como también responsable de una gran afectación económica en los países que la padecen ^(1,2). Casi la mitad de la población mundial que habita las áreas tropicales y subtropicales está en riesgo de sufrir esta infección. Se calcula que anualmente se producen 50 millones de infecciones, medio millón de hospitalizados y más de 25 000 muertes por dengue, y estas cifras están en constante aumento, debido principalmente al incremento inusitado del vector, el *Aedes aegypti*, en las últimas décadas ⁽¹⁻³⁾. Otros mosquitos como el *Aedes albopictus* llamado “el tigre asiático” también pueden transmitir el virus, aunque su participación es hasta ahora poco importante. Actualmente el control del vector constituye la única estrategia para la prevención del dengue.

El dengue tiene diversas formas de expresión clínica que van desde una fiebre indiferenciada, a una forma sintomática clásica caracterizada por fiebre con cefalea, gran malestar general, dolores osteomioarticulares, con o sin exantema, leucopenia y algún tipo de sangrado hasta formas graves que cursan con choque hipovolémico por extravasación de plasma, trombocitopenia moderada o intensa y hemorragias en aparato digestivo y otras localizaciones ^(1,3,4). En ocasiones el dengue afecta a órganos internos, constituyendo las formas viscerales o atípicas como la encefalitis, miocarditis o hepatitis, que pueden tener un curso fatal ⁽⁴⁾. Aunque cualquier serotipo puede producir las formas graves de la enfermedad, los serotipos 2 y 3 han estado asociados a la mayor cantidad de casos graves y fallecidos ⁽⁵⁾.

En el primer trimestre del 2007, en nuestro país se desarrolló un brote epidémico de dengue de gran envergadura que afectó principalmente Asunción y ciudades del Departamento Central. Aunque aproximadamente 30000 casos se habían reportado oficialmente, se estima que el número total de infectados fue 6 a 10 veces mayor. El serotipo principal responsable fue el 3. A pesar que ya se había sufrido varios brotes epidémicos (1989, 2003, 2005), como nunca durante la epidemia del 2007 se vio mayor número de casos graves, con mortalidad no despreciable.

En el presente número de la revista, Alfieri P y col⁶ reportan la experiencia de casos graves de dengue hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos de un hospital pediátrico de referencia. La oportunidad del reporte radica en que la experiencia de manejo de fluidos contrasta con lo que actualmente el grupo colaborativo de la Organización Mundial de la Salud y el Programa de Investigación en Enfermedades Tropicales (OMS/TDR-DENCO) ha propuesto para el manejo de casos de dengue ^(3,4,7). En la experiencia de los autores, los pacientes recibieron expansiones de solución salina isotónica en las primeras 24 hs en promedio mayor de 100 ml/kg (sin ningún caso de sobrehidratación atribuible al manejo de fluidos en la unidad de cuidados intensivos), en tanto que las recomendaciones actuales sugieren utilizar expansiones mas modestas (10 ml/kg de solución salina en las formas de dengue con síntomas de alarma, y 20 ml/kg en número de tres hasta que el pulso sea palpable en las formas graves), teniendo ambos esquemas de manejo soporte parcial de evidencia científica ^(3,6,8-10).

En el presente número se publica además el flujoograma de atención de los pacientes con dengue¹¹ en

1. Profesor Titular. Cátedra de Clínica Pediátrica. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Asunción.

la urgencia así como las normas consensuadas para el manejo de dichos pacientes.

Es deseable que las diferentes instituciones de salud validen estas herramientas y el resultado de las

mismas permitirá aceptar o rechazar la hipótesis que el manejo de los pacientes con dengue grave y choque difiere substancialmente al manejo de los pacientes con choque séptico.

REFERENCIAS

1. Guzmán MG, Kourí G. Dengue diagnosis, advances and challenges. *Int J Infect Dis.* 2004;8:69-80.
2. Halstead S. Dengue. *Lancet.* 2007;370:1644-52.
3. Martínez E. Dengue. *Estudios Avanzados.* 2008;64:33-52.
4. Martínez E. Dengue y dengue hemorrágico: aspectos clínicos. *Salud Pública Mex.* 1995;37:29-44.
5. Samantha N, Hammond SH, Pérez L, Tellez Y, Saborío SI, Mercado JC, et al. Serotype-specific differences in clinical manifestations of dengue. *Am J Trop Med Hyg.* 2006;74(3):449-56.
6. Duarte A., López L., Iramain V., Álvarez C., Basualdo W., Alpreri P., Manejo del Síndrome de Shock Dengue (SSD) en una UCIP. *Pediatr. (Asunción).* 2009;36(1): 13-17
7. Organización Panamericana de la Salud. Dengue y dengue hemorrágico en las Américas: guías para su prevención y control. Washington: OPS; 1995.
8. Ranjit S, Kisson N, Jayakumar I. Aggressive management of dengue shock syndrome may decrease mortality rate : a suggested protocol. *Pediatr Crit Care Med.* 2005;6:412-19.
9. Singhi S, Kissoon N, Bansal A. Dengue and dengue hemorrhagic fever: management issues in an intensive care unit. *J Pediatr (Rio J).* 2007;83(2 Suppl):S22-35.
10. Wills BA, Nguyen MD, Ha TL, Dong TH, Tran TN, Le TT, et al. Comparison of three fluid solutions for resuscitation in dengue shock syndrome. *N Engl J Med.* 2005;353:877-89.
11. Dengue en epidemias: Flujograma de manejo de dengue durante epidemias. *Pediatr. (Asunción).* 2009;36(4):80-81.