

DENGUE Y CESÁREA REPORTE DE UN CASO

Dr. Luis Rodríguez Guerrero ¹, Md. Marco Villacrés Pinza ²,
Md. Sara Alexandra Carbo Yagual ³ Md. Kerly Vélez Yagual ⁴.

*Especialista en Ginecología y Obstetricia del Hospital Gineco Obstétrico Universitario de Guayaquil 1
Médico Postgradista de Ginecología y Obstetricia por la UCSG 2
Médico Residente de Ginecología y Obstetricia en Hospital Matilde Hidalgo de Procel 3
Médico Postgradista de Ginecología y Obstetricia por la UCSG 4*

RESUMEN

El dengue es una enfermedad endémica presente en más de 125 países en zonas tropicales y subtropicales, se reportan 390 millones de infectados anualmente, de los cuales solo 96 millones presentan signos clínicos, causado por el virus del dengue, un arbovirus del género *Flavivirus* de la familia *Flaviviridae*, cuyo vector es el mosquito *Aedes Aegypti*. Entre las principales complicaciones de su infección se describen la trombocitopenia, shock y muerte, sin embargo, la presentación clínica durante el embarazo puede resultar un reto diagnóstico debido a los cambios fisiológicos que experimenta la gestante. Las complicaciones del dengue durante el embarazo no están muy descritas en la literatura y no se dispone de protocolos de manejo específicos para su manejo obstétrico. Se presenta el caso de una paciente primigesta de 21 años que cursa embarazo de 36 semanas, referida a tercer nivel por evidencia de niveles de plaquetas de 24.000 unidades y prueba de dengue positiva, se intervino de emergencia, reportando un sangrado quirúrgico de 400 ml, posterior recuperación en terapia intensiva y alta con éxito.

PALABRAS CLAVE: Dengue, embarazo, trombocitopenia.

ABSTRACT

Dengue is an endemic disease present in more than 125 countries in tropical and subtropical areas, 390 million infected are reported annually, of which only 96 million present clinical signs, caused by the dengue virus, an arbovirus of the *Flavivirus* genus of the *Flaviviridae* family, its vector is the *Aedes aegypti* mosquito, its serious complications include thrombocytopenia, shock and death, however, the clinical presentation during pregnancy can be a diagnostic challenge due to the physiological changes experienced by the pregnant woman. The complications of dengue during pregnancy are not well described in the literature and there are no specific management protocols for its obstetric management. We present the case of a 21-year-old primigravida with a 36-week pregnancy, referred to the third level of care with platelet counts of 24,000 units, she underwent emergency surgery with an approximate disorder - Surgical bleeding of 400 ml. Postoperative recovery in maternal intensive care was successful.

KEYWORDS: Dengue, pregnancy, thrombocytopenia.

INTRODUCCIÓN

El dengue es una enfermedad endémica presente en más de 125 países, es la arbovirosis más común. Frecuente en niños y adultos jóvenes en los cuales las fases leves o sin signos de alarma son las que predominan. (1) Para pacientes con patologías de base y otras comorbilidades se agrava el pronóstico y en muchos casos el tratamiento hospitalario está indicado. No se ha descrito cifras epidemiológicas respecto a embarazadas con dengue, por lo cual estimar su incidencia es bastante complejo, sin embargo, se conocen los probables efectos del virus en el producto, siendo la restricción de crecimiento intrauterino una de las principales complicaciones (2). Para embarazadas a término y con indicación de terminación de embarazo por vía vaginal o por cesárea se debe considerar siempre los valores de plaquetas, debido al riesgo de sangrado transquirúrgico, así como las probables complicaciones posquirúrgicas relacionadas con sangrado y shock. Las indicaciones y manejo de gestantes que ameriten cesárea de emergencia no están protocolizadas, sin embargo la Organización Panamericana de la Salud recomienda la transfusión de hemoderivados en el lapso más próximo al procedimiento quirúrgico. Las tasas de mortalidad en embarazadas con dengue no se han descrito, sin embargo, se conoce que debido a la reducción de plaquetas, reducción de hematocrito y probable falla multiorgánica por las comorbilidades, el dengue en el embarazo es una patología que debe manejarse por un equipo multidisciplinario (3). Se reporta el caso de una paciente de 21 años primigesta con embarazo de 36 semanas y diagnóstico de dengue grave a quien se le realizó una cesárea de emergencia por compromiso de bienestar fetal, presentado un sangrado transquirúrgico aproximado de 400 ml, APGAR neonatal 7-8 y una recuperación posquirúrgica en el área de cuidados intensivos materno con éxito. Se presenta este caso para reportar la importancia de un manejo multidisciplinario del dengue en el embarazo y la necesidad de reporte de más casos similares para establecer protocolos de manejo y reducir la morbimortalidad materno neonatal en pacientes gestantes con dengue.

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de paciente de 21 años; sin antecedentes patológicos personales, niega alergias, niega consumo de estupefacientes, refiere apendicectomía hace 5 años y como antecedentes ginecoobstétricos: primigesta, cursando embarazo de 36,2 semanas de gestación calculada por fecha de última menstruación.

Paciente con cuadro de aproximadamente 4 días de evolución caracterizado por alza térmica no cuantificada de predominio nocturno la cual se acompaña de malestar general y cefalea holocraneana que no mejora tras la administración de analgesia, la cual no fue especificada por la paciente. Cuadro se exacerba por lo que acude a valoración en emergencia del Hospital León Becerra de Milagro y lleva consigo prueba de dengue positiva realizada en laboratorio particular. Tras valoración deciden ingreso

en servicio de medicina interna por evidenciar valores de plaquetas de 30.000 unidades, lo cual fue manejado con transfusión de 4 concentrados plaquetarios, sin otra sintomatología referida por paciente, score mama: 0. Se realizó control 24 horas posteriores, evidenciando reducción de plaquetas a 24.000 unidades y se añade presencia de dinámica uterina, la cual es reportada como 4 contracciones en 10 minutos de 35 segundos, las cuales causaron modificaciones cervicales y deciden referencia a tercer nivel de atención.

Se recibe paciente 72 horas posteriores a inicio de sintomatología en Hospital Universitario de Guayaquil evidenciando a paciente que refiere dolor pélvico con irradiación a cadera y pelvis de leve intensidad, concomitante sensación de alza térmica, cefalea de predominio frontal y artralgias, refiere movimientos fetales presentes. Al examen físico consciente, orientada, Glasgow 15/15, score mama: 0, no evidencia de gingivorragia, no petequias, no equimosis, no sangrado activo, abdomen: útero gestante, altura uterina acorde edad gestacional, feto único cefálico longitudinal derecho, frecuencia cardíaca fetal: 140 lpm, dinámica uterina irregular, no signos de irritación peritoneal, región genital: genitales de nulípara, no sangrado activo, no hidrorrea, no leucorrea, cérvix posición intermedia, consistencia blanda, B: 60 % D: 5cm, plano I, membranas íntegras, polo cefálico, pelvis ginecoide. Extremidades sin edema, neurovascular distal conservado. Se decide pase a sala de pre parto para conducción del parto por dinámica uterina irregular con esquema según MSP para uso de oxitocina, sin adecuada respuesta y se añade monitoreo fetal con variabilidad de frecuencia cardíaca fetal disminuida y evidencia de desaceleraciones recurrentes con lenta recuperación, se realiza reanimación fetal intraútero sin adecuada respuesta, se cataloga como cardiotocografía en reposo (NST) categoría III filiendo cuadro a estado fetal no tranquilizador, se coordina para pase a quirófano para cesárea de emergencia.

Previo a procedimiento quirúrgico, servicio de anestesiología junto con ginecología valoran y se decide transfusión de 5 concentrados de plaquetas, se realiza procedimiento de emergencia obteniendo producto masculino con los siguientes datos antropométricos: peso 2.520 gramos, talla 47 cm, APGAR 7-8, edad gestacional por Capurro 38 semanas, perímetro cefálico: 32,5 cm, no se reportaron complicaciones transquirúrgicas y se estimó un sangrado aproximado de 400 ml para el procedimiento. Posterior a cirugía se interconsulta a unidad de cuidados intensivos (UCI) para manejo posquirúrgico. Paciente permanece durante 48 horas en unidad de cuidados intensivos con adecuada evolución clínica, score mama: 0, ecocardiograma: adecuada contractibilidad, no derrame pericárdico, ecografía de vena cava índice de colapsabilidad 18 %, FAST: negativo, EKG: patrón sinusoidal, FC: 62l pm, durante su estadía en unidad de cuidados intensivos, hemodinámicamente estable y deciden paso a sala de alojamiento conjunto donde permanece 2 días adicionales tras lo cual por evidencia de adecuada evolución clínica,

exámenes paraclínicos dentro de la normalidad, score mama: 0, se decide alta materna junto a neonato y posteriores controles en consulta externa.

LABORATORIOS			
3/06/2021	4/06/2021	6/06/2021	7/06/2021
ANTÍGENO PARA DENGUE NS1 POSITIVO	ÚREA 21,2	LEUCOS 4,31	LEUCOS 6,49
	CREA 0,77 c	HCTO 38,4 %	HCTO 40,8 %
	BILIRRUBINA DIRECTA 0,18	HB 13,30	HB 14,10
	BILIRRUBINA INDIRECTA 0,31	PLAQUETAS 30.000	PLAQUETAS 24.000
	VDRL NO REACTIVO	NEUT 51,6	NEUT 26,2
	VIH NO REACTIVO		GLUCOSA 83,5
	GRUPO SANGUINEO A POSITIVO		ÚREA 17,0
	SAR COVID PCR RAPIDO NEGATIVO		CREA 0,59
			TGO 117,0
			TGP 75,2

Paciente pasa a sala de hospitalización en alojamiento conjunto, donde permanece en observación durante 48 horas sin presentar ninguna complicación junto a recién nacido y se decide el alta médica de paciente con posteriores controles por consulta externa.

Consideraciones éticas

El paciente y su familia autorizaron la publicación de este caso, a través del consentimiento informado.

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

La obstetricia durante el último siglo ha evolucionado a pasos agigantados, de la mano de este progreso las técnicas quirúrgicas de cesárea lo han hecho a la par. En Ecuador según el boletín "Nacimientos por cesárea en el periodo 2012-2015" se reportó que en 2015 se realizaron 125.053 cesáreas, de las cuales el 84,53 % se realizaron en el sector urbano y el 15,47 % en el sector rural. A nivel poblacional se recomienda un aproximado de 10 % de cesáreas en función del total de nacidos vivos, por lo tanto, el valor mencionado está muy por encima de lo recomendado. (4) (3) Como en la mayoría de procedimientos quirúrgicos no hay un estándar de técnica quirúrgica para la realización de una cesárea, las preferencias se dan por la experiencia del cirujano, las comorbilidades de la paciente y la preferencia de esta en muchos casos. (5) Las incisiones transversales bajas tipo Pfannenstiel ofrecen resultados más estéticos ya que cruzan las líneas de Langer, en contraste, incisiones media verticales son preferidas en laparotomía o cuando se requiere acceso a la parte superior de la cavidad abdominal, sin embargo, la presencia de mayor tensión lateral y mayor riesgo de desarrollo de cicatrices más anchas y queloides desalienta su práctica de manera

rutinaria. Se ha demostrado que existe menos riesgo de daño vascular y nervioso con incisiones verticales, sin embargo, el pronóstico materno neonatal no ha mejorado tras su realización.

El dengue se consideró una enfermedad que predominaba en niños, pero recientemente se ha reportado incremento en adultos, sobre todo en mujeres embarazadas. (6) Las consecuencias del dengue en la evolución del embarazo y el feto han sido poco estudiadas y sus resultados son contradictorios. En algunos trabajos se reportan partos pretérminos restricción de crecimiento intrauterino, incremento en la posibilidad de hemorragia intraparto, posparto o transquirúrgico, síndrome de dificultad respiratoria y síndrome febril en los recién nacidos aun cuando las madres cursen con una enfermedad asintomática durante el embarazo. (2) La madre que padece dengue tiene síntomas como fiebre, ataque al estado general, mialgias, artralgias, dolor retroocular, leucopenia y trombocitopenia. (7) Los recién nacidos pueden tener fiebre que suele diagnosticarse como sepsis neonatal, es por eso que debe sospecharse la presencia de esta patología en neonatos con madres que reporten como antecedente la infección por virus del dengue. (8) (9)

En embarazadas clínicamente a término y con indicación de terminación de embarazo por vía vaginal o por cesárea se debe considerar siempre los valores de plaquetas debido al riesgo de sangrado transquirúrgico, así como las probables complicaciones posquirúrgicas relacionadas con sangrado y shock. (10) Las indicaciones y manejo de gestantes que ameriten cesárea de emergencia no están protocolizadas sin embargo la Organización Panamericana de la Salud recomienda la transfusión de hemoderivados en el lapso más próximo al procedimiento quirúrgico, esta recomendación se fundamenta en el manejo de pacientes con púrpura trombocitopénica idiopática en el embarazo para quienes el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia junto con la Sociedad Británica de Hematología recomiendan esta práctica. (11) No hay estudios que hayan comparado la diferencia entre optar por un parto cefalo-vaginal versus cesárea en pacientes con dengue y valor de plaquetas por debajo de 50.000. (12)(13)

Asimismo, se debe tener en cuenta que la presencia de trastornos hipertensivos del embarazo como la preeclampsia con signos de severidad y Síndrome de Helly pueden coexistir con el diagnóstico de dengue, así como patologías autoinmunes que causen reducción en el valor de plaquetas, por lo que deben tenerse en cuenta siempre en el diagnóstico diferencial. (14)

Estudios revisados respecto a mortalidad en pacientes gestantes con diagnóstico de dengue reportan dos muertes maternas en Brasil, tres en Sudan, África y dos en Tailandia; en los otros países que han reportado dengue y embarazo la mortalidad materna ha sido inexistente y sus autores han asegurado que el embarazo no es causa de un aumento de mortalidad. (7) (15)

La necesidad de protocolizar el manejo de pacientes gestantes con dengue para su control prenatal y terminación del embarazo es una necesidad en todos los países en los cuales el dengue es endémico, de esta manera se podrá mejorar la calidad de atención y reducir la morbimortalidad materno neonatal que causa esta patología.

RECOMENDACIONES

El cuidado obstétrico de una paciente con dengue es un reto debido a la elevada morbimortalidad materno neonatal que causa este virus; el reporte de casos junto con su manejo servirá como base para la elaboración de protocolos de atención que normaticen un adecuado control obstétrico en Ecuador para embarazadas con dengue.

Agradecimiento:

Agradecemos a nuestro paciente y a su familia por permitirnos aprender y aportar a la comunidad académica, reconocemos también a todos aquellos que contribuyeron para la redacción de este caso. Correspondemos a nuestros lectores.

BIBLIOGRAFÍA

1. León RR, Muñoz Rodríguez MR, Huerta ES, Crivelli AP, Méndez Machado GF. Dengue durante el embarazo. Comunicación de casos. *Ginecol Obstet Mex.* 2007; 75 (11): 687-90.
2. Torres-Cepeda D, Santos-Bolívar J, Peña-Paredes E, Reyna-Villasmil E. Dengue y embarazo. *Med Clin (Barc).* 2009; 132 (1): 37-8.
3. Purizaca Benites M. El dengue y embarazo. *Rev Peru Ginecol y Obstet.* 2015; 55 (3): 199-210.
4. Medina CA, Pineda RZ. Mortalidad por dengue durante el embarazo, entre los meses de enero a noviembre, 2010, en el hospital Escuela, Honduras. *Rev Fac Cienc Méd Julio-Diciembre [Internet].* 2010; 9-16. Available from: <http://65.182.2.244/RFCM/pdf/2010/pdf/RFCMVol7-2-2010-3.pdf>
5. Zeta LA. Facultad de Ciencias de la Salud Escuela Profesional de Medicina Humana UNIVERSIDAD NACIONAL DE PIURA Facultad de Ciencias de la Salud Escuela Profesional de Medicina Humana. 2021; Available from: <https://repositorio.unp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12676/2675/MHUM-ZET-SOL-2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
6. Melissa D, Ordóñez E, Karla D, Boquín P, Enrique Á, Cárdenas C. Artículo Original Epidemiología Del Dengue En El Embarazo En El Instituto Hondureño De Seguidad Social (IHSS). 2016; 21 (4): 85-7.

7. Jaramillo BNR, Guzman DMI, González CLS, Londono GU, Duque CL, Ospina MO, et al. Efectos del virus del dengue durante el embarazo. *Medellín, Colombia. Infectio.* 2002; 6(4): 197-203.

8. Nicaraguense A, Diciembre Dedeja. Facultad De Ciencias Médicas Hospital Alemán Nicaragüense Comportamiento Clínico Y Epidemiológico Del Dengue En Embarazadas Ingresadas En El Hospital Autor : IV año Tutor Científico y Metodológico: Dra Nubia Fuentes Sarria. 2015;

9. Brítez S, R Mir, Lacarrubba J, Mendieta E, Céspedes E, Genes L. Dengue de transmisión vertical: revisión de una serie de casos Vertical Transmission of Dengue: Review of a Case Series. Asunción) [Internet]. 2014; 1 (1): 25-31. Available from: <http://scielo.iics.una.py/pdf/ped/v41n1/v41n1a04.pdf>

10. Fonseca-Becerra CE, Bayona-Ospina MA. Dengue en embarazadas y en recién nacidos: presentación de dos casos en Neiva (Huila, Colombia) y revisión de la literatura. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2010; 61 (1): 73-8.

11. Jaroszuk ML, Cristabel, De Los S, Leguizamón M, Alexandra M, Fridrich E, et al. Enfermedad del dengue en el embarazo. 2011; 12-8. Available from: https://med.unne.edu.ar/revistas/revista210/4_210.pdf

12. Jiménez Sastré A, Zavala González MA. Fiebre de dengue y embarazo: estudio de 21 casos en Tabasco, México. *Univ Medica.* 2009; 50 (4): 433-43.

13. Barroso RL, Betancourt ID, Saeta YF, Navarro MMM, Guerra GD. Repercusión del dengue serotipo 3 sobre el embarazo y producto de la concepción. *Rev Cuba Obstet y Ginecol.* 2010; 36 (2): 42-50.

14. Restrepo BN, Isaza DM, Salazar CL, Ramírez JL, Ramírez RE, Upegui GE, et al. Dengue y embarazo en Antioquia, Colombia. *Rev Fac Nac Salud Pública.* 2004; 22 (1): 7-14.

15. Nascimento LB do, Siqueira CM, Coelho GE, Siqueira JB. Dengue em gestantes: caracterização dos casos no Brasil, 2007-2015. *Epidemiol e Serv saude Rev do Sist Unico Saude do Bras.* 2017; 26 (3): 433-42.

Correspondencia:
Dr. Luis Rodríguez Guerrero
Correo: dr_luis1326@hotmail.com