

Fiebre por Dengue asociada a colecistitis alitiásica

Miguel Reina-Ortiz ^(1, 2, 3), Paúl Cárdenas ^(2, 3, 4), Marianela Arias ⁽³⁾

Resumen

¹ Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de las Américas; Quito - Ecuador
² Instituto de Microbiología, Universidad San Francisco de Quito, Quito - Ecuador
³ Centro de Investigaciones FEPIS, Quindío, Esmeraldas - Ecuador
⁴ Imperial College London, Londres - Inglaterra.

Dirección para correspondencia:
 Miguel Reina Ortiz MD, MSc,
 Docente Cátedra de Investigación, Escuela de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de las Américas.
 Av. Granados y Colimes, Quito - Ecuador
E-mail:
 m.reina@udlanet.ec

Palabras clave
 Dengue, Colecistitis, Colecistitis alitiásica, Fiebre, Adulto.

Recibido:
 6 - Diciembre - 2008
Aceptado:
 12 - Febrero - 2009

Contexto: El dengue representa un importante problema de salud pública en países con climas tropicales y subtropicales. En su forma clásica se manifiesta con fiebre, mialgias, artralgias, dolor retroauricular y malestar general; no obstante, cuadros atípicos de síndrome febril pueden complicar el diagnóstico.

Presentación del caso: Reportamos el caso de una mujer en edad fértil que se presentó con un cuadro febril de 48 horas de evolución acompañado de dolor abdominal, malestar general y evidencia ecosonográfica de colecistitis alitiásica. Al décimo día de evolución se encontraron anticuerpos de tipo IgG e IgM anti-Dengue; por lo cual, se concluyó el diagnóstico de Fiebre de Dengue acompañada de colecistitis alitiásica.

Conclusión: Es importante tener presente el diagnóstico de dengue en pacientes febriles que han viajado recientemente a regiones tropicales y subtropicales o que residan en ellas, incluso en quienes su cuadro clínico no concuerde con la descripción clásica de la enfermedad.

Rev Fac Cien Med (Quito) 2009; 34: 46-49.

Introducción

La Fiebre del Dengue es una arbovirosis causada por un flavivirus presente en zonas tropicales y subtropicales del mundo entero^[1, 2], poniendo en riesgo a una población superior a los 2 mil millones de personas^[2]. Se estima que anualmente se producen entre 50 y 100 millones de casos de dengue a nivel mundial^[2]. Sólo en Ecuador, en 2006 se reportaron 6989 casos de dengue de los cuales 179 fueron dengue hemorrágico^[3]. A pesar de estos datos el Dengue aún podría incluirse dentro del grupo de enfermedades tropicales olvidadas^[4]. El Virus de Dengue (DENV) es transmitido por mosquitos del género *Aedes*, siendo *Aedes aegyptii* el vector de esta enfermedad en Ecuador^[2].

Desde el punto de vista biológico existen cuatro distintos serotipos de dengue virus enumerados del 1 al 4 que pueden subdividirse en genotipos según

difieran las secuencias nucleotídicas de su genoma^[2]. Aunque los cuatro serotipos de DENV son antigénicamente muy similares, no inducen protección inmune cruzada^[2]. Una vez infectado con un virus, el individuo desarrolla protección inmune de por vida contra el serotipo infectante^[2]. Una segunda infección con otro serotipo de dengue virus provocará una gran producción de anticuerpos en la que las inmunoglobulinas contra el primer serotipo podrían incluso superar a aquellas producidas contra el serotipo infectante^[2]. Aunque la infección puede cursar asintomática existen tres formas clínicas de la enfermedad: dengue clásico, dengue hemorrágico y síndrome del choque por dengue. El dengue clásico se manifiesta por fiebre, usualmente acompañada de mialgias, artralgias, dolor retroauricular y malestar general^[7]. También puede presentarse

náusea, vómito, diarrea y rash, especialmente en niños¹⁵. Cuando existen síntomas hemorrágicos (epistaxis, sangrado gastrointestinal y equimosis), generalmente acompañados de extravasación plasmática (ascitis con o sin derrame pleural), nos enfrentamos a un caso de dengue hemorrágico, el mismo que puede llevar al choque e incluso muerte¹⁶. Cuadros atípicos de síndrome febril pueden complicar el diagnóstico.

Reporte del Caso

Paciente de sexo femenino, 31 años de edad, de nacimiento en Quito y Residencia en Quinindé desde hace 9 años que se presenta con cuadro de 48 horas de evolución caracterizado por alza térmica no cuantificada, cefalea intensa, mareo, dolor abdominal difuso y malestar general. Luego de aproximadamente 36 horas el dolor abdominal fue intensificándose en Fosa Iliaca Derecha. Desconoce la fecha de la última menstruación. No refiere dolor retroocular, mialgias, anorexia, epigastria, vómito, diarrea, acolia, coluria, disuria, polaquiuria, tenesmo vesical ni secreciones vaginales. Al examen físico se observan signos vitales estables, abdomen suave, depresible, ligeramente doloroso a la palpación superficial especialmente en hemiabdomen derecho, signos de Rovsing (+), Blumberg (dudoso), Lanthars (+), Murphy (-), puntos ureterales no dolorosos. Se solicitó una primera biometría hemática que mostró 4800 leucocitos por mm³ con neutrofilia (77%). Las aglutinaciones febriles y un examen de hematozooario fueron negativos. Se prescribió tratamiento con acetaminofén 1g VO QID, hidratación oral y se inició antibioticoterapia empírica con trimetoprim/sulfametoxazol a dosis de 80/400mg VO BID, sin mejoría significativa del cuadro. Al día siguiente se solicitó un ECO abdominal que mostró una vesícula alitiásica de 69 x 28mm, distendida, de paredes edematizadas, sin barro biliar; sin embargo, la paciente se mostraba anictérica y sin signos sugestivos de colangitis o de otra afectación de las vías biliares. Luego de 7 días se solicitó una nueva biometría hemática (valores similares), nuevas aglutinaciones febriles (negativas) y anticuerpos IgG e IgM anti-dengue que resultaron positivos (prueba cualitativa

[Dengue Duo Cassette, Pan Bio]). El cuadro evolucionó favorablemente con remisión total de los síntomas en los siguientes días. Exámenes de laboratorio y complementarios en **tabla 1**

Discusión

El cuadro clínico que presentó esta paciente obliga a hacer el diagnóstico diferencial de un síndrome febril y dolor abdominal en áreas tropicales. Entre las probables causas de fiebre más dolor abdominal de inicio agudo, en una mujer de edad fértil que vive en áreas tropicales encontramos apendicitis aguda, fiebre tifoidea, enfermedad inflamatoria pélvica, embarazo ectópico, dengue y paludismo, entre las principales. El diagnóstico de apendicitis aguda es poco probable puesto que, fuera de los signos abdominales, no encontramos evidencias sugestivas de este diagnóstico; además, la evolución clínica de la paciente no era concordante con esta entidad. Lastimosamente en la zona donde se estudió este caso no existe disponibilidad de uro, copro o hemocultivos lo que dificultó el diagnóstico; sin embargo, el hallar signos vitales estables sin bradiesfigmia paradójica y obtener resultados negativos en las aglutinaciones febriles, tanto basales como luego de una semana, nos hacen pensar que el diagnóstico de fiebre tifoidea o de alguna otra enfermedad bacteriana gastrointestinal aguda es poco probable. El ultrasonido abdominal descartó el diagnóstico de embarazo ectópico o de enfermedad inflamatoria pélvica. El examen de hematozooario también fue negativo. El hallazgo de edema de pared en vesícula biliar sin la detección de cálculos sugiere el diagnóstico de colecistitis alitiásica. Finalmente, en los exámenes serológicos se detectó la presencia de anticuerpos de tipo IgG e IgM específicos para Dengue Virus.

El dengue es una enfermedad febril aguda que ocasionalmente puede manifestarse/complicarse con colecistitis acalculosa. Un estudio realizado en China encontró que el 7.63% de 131 pacientes afectados de Dengue tuvieron esta complicación¹⁷. Los niveles marginalmente bajos del recuento leucocitario encontrados en esta paciente son consistentes con reportes previos de dengue complicado con colecistitis¹⁷. Los hallazgos

ecsonográficos encontrados son compatibles con una colecistitis acalculosa; de estos, el edema de pared es un hallazgo que ha sido reportado previamente en cuadros similares de dengue acompañado colecistitis alitiásica [7]. Es llamativo el hecho de que el signo de Murphy y el Murphy ecográfico hayan sido negativos, un hallazgo completamente sorpresivo y discordante

con reportes previos [6,7]. Otro hallazgo no del todo concordante con las descripciones previas de la enfermedad es el recuento plaquetario que para nuestra paciente fue normal (216000/mm³) en tanto que en otros casos se ha encontrado trombocitopenia [6]. El diagnóstico de dengue hemorrágico queda excluido por la ausencia de síntomas hemorrágicos (petequias, epistaxis,

Exámenes complementarios solicitados a la paciente.

Día (desde inicio de los síntomas)	Examen	Resultado	Valor de Referencia
2	Recuento Eritrocitario	4.07 x 10 ⁶ /mm ³	4.5 – 5.5 x 10 ⁶ /mm ³
	Hemoglobina	12.5 g%	12-17 g%
	Hematocrito	37%	35%-45%
	Recuento Leucocitario	5.3 x 10 ³ /mm ³	5-10 x 10 ³ /mm ³
	Linfocitos	23%	25%-40%
	Neutrófilos	77%	50-75%
	Eosinófilos	1%	0-3%
2	Hematozooario	Negativo	Negativo
2	Aglutinaciones Febriles		
	Eberth O	Negativo	Negativo
	Eberth H	Negativo	Negativo
	Paratífico A	Negativo	Negativo
	Paratífico B	Negativo	Negativo
	Proteus OX19	Negativo	Negativo
	Brucella Abortus	Negativo	Negativo
10	Recuento Eritrocitario	4.31 x 10 ⁶ /mm ³	4.5 – 5.5 x 10 ⁶ /mm ³
	Hemoglobina	12.2 g/dl	12-17.4 g/dl
	Hematocrito	39.4%	35-45%
	Recuento Leucocitario	5.07 x 10 ³ /mm ³	5-10 x 10 ³ /mm ³
	Linfocitos	22.1%	25-40%
	Neutrófilos	71.3%	50-75%
	Monocitos	6.6%	3-7%
10	Recuento Plaquetario	216 x 10 ³ /mm ³	150-400 x 10 ³ /mm ³
	Aglutinaciones Febriles		
	Eberth O	Negativo	Negativo
	Eberth H	Negativo	Negativo
	Paratífico A	Negativo	Negativo
	Paratífico B	Negativo	Negativo
	Proteus OX19	Negativo	Negativo
Brucella Abortus	Negativo	Negativo	
10	Serología		
	IgG anti-Dengue	Positivo	Negativo
	IgM anti-Dengue	Positivo	Negativo

signos de sangrado gastrointestinal o prueba del torniquete positiva) y de hallazgos de laboratorios compatibles como plaquetopenia e incremento del 20% en el hematocrito ¹⁵, el cual incrementó tan sólo del 37% al 39% en una semana.

El diagnóstico diferencial de un cuadro febril en personas que residen en áreas tropicales y subtropicales de nuestro país debe incluir por necesidad enfermedades prevalentes como dengue y paludismo. Aún cuando las manifestaciones clínicas no se enmarquen dentro del patrón denominado clásico, es importante tener presente estos diagnósticos, una conducta que podría resultar útil como lo demostramos en este reporte.

Conflictos de interés

Ninguno declarado por los autores

Referencias

- 1 Vaughn DW, Green S, Kalayanarooj S, et al. Dengue in early febrile phase: viremia and antibody responses. *J Infect Dis* 1997, 176:322-30.
- 2 Mackenzie S, Gubler DJ and Petersen LR. Emerging flaviviruses: the spread and resurgence of Japanese encephalitis, West Nile and dengue viruses. *Nat Med* 2004, 10 (S12):S98-109.
- 3 Comisión Nacional de Estadísticas de Salud 2007, Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Indicadores Básicos de Salud, Ecuador 2007. Quito, 2007.
- 4 Hotez PJ, Molyneux DH, Fenwick A, Kumaresan J, Ehrlich Sachs S, Sachs JD and Savioli L. Control of Neglected Tropical Diseases. *N Eng J Med* 2007, 357:1018-1027.
- 5 Kalayanarooj S, Vaughn DW, Nimmannitya S, et al. Early clinical and laboratory indicators of acute dengue illness. *J Infect Dis* 1997, 176:313-21.
- 6 Berrington WR, Hitti J, Casper C. A case report of dengue virus infection and acalculous cholecystitis in a pregnant returning traveler. *Travel Med Infect Dis* 2007, 5:251-253.
- 7 Wu Keng-Liang, Changchien Chi-Sin, Kuo Chung-Mou, Chuah Seng-Kee, Lu Sheng-Nan, Eng Hock-Liew and Kuo Chung-Huang. Dengue Fever with acute acalculous cholecystitis. *Am J Trop Med Hyg* 2003, 68 (6): 657-660.

Dengue fever associated to Cholecystitis acalculous

Reina-Ortiz M, Cárdenas P, Arias M
Rev Fac Cien Med (Quito) 2009; 34: 46-49.

Resumen

Context: Dengue Fever is a disease of global importance which threatens public health of countries with tropical and subtropical climates worldwide. The classic clinical findings involve fever, muscular and joint pain and malaise. However, atypical clinical presentations of the febrile syndromes could complicate the diagnosis

Case Report: A reproductive-aged woman presented to the out-patients clinic with fever, abdominal pain and malaise lasting for 48 hours. Abdominal ultrasound revealed acalculous cholecystitis. Ten days after the onset of symptoms we found serologic evidence for Dengue Virus (DENV) infection and a final diagnosis of Dengue Fever complicated with acute cholecystitis was made.

Conclusions: In those patients who are presenting with a febrile illness and who live or have recently travelled to the tropics or subtropics, it is important to think of Dengue Virus infection even though clinical manifestations do not fit classical descriptions of this disease.

Key words: Dengue, Cholecystitis, Cholecystitis acalculous, Fever, Adult.