

Dengue importado en Aragón



Travel-acquired dengue in Aragón (Spain)

El dengue está producido por un virus de la familia *Flaviviridae*, transmitido por mosquitos del género *Aedes*¹. Se presenta en zonas tropicales y subtropicales. La infección es asintomática u oligosintomática en más del 50% de los pacientes. Los casos sintomáticos, tras un periodo de incubación de 4 a 10 días, se caracterizan por fiebre de aparición brusca, cefalea, artralgias, mialgias, adenopatías y erupción cutánea^{1,2}. La manifestación hemorrágica de la enfermedad se asocia, entre otros factores, a las reinfecciones. La incidencia del dengue ha aumentado en los últimos años³, siendo la arboviro-sis humana más prevalente. Esto favorece su llegada a Europa por la inmigración o por el regreso de viajeros a las áreas endémicas, y provoca la reciente aparición de casos autóctonos en el sur de Europa, en zonas donde está presente el vector^{4–7}. Presentamos 3 casos de dengue importado, diagnosticados en Aragón entre agosto y octubre de 2013.

Paciente 1: mujer de 53 años, residente en España, natural y procedente de Nicaragua, con fiebre de 39 °C, sin focalidad, que no cede con antipiréticos, sudoración, cefaleas y abdominalgia difusa, con trombocitopenia (134.000 mm³), neutropenia (500 mm³, 29,2%) y elevación de las transaminasas (AST 143 U/l, ALT 109 U/l). La paciente no recordaba haber recibido picaduras.

Paciente 2: mujer de 54 años, mejicana, residente en España, odontóloga de profesión, procedente de un viaje a Tailandia y Myanmar, con fiebre de 37,6 °C, sin focalidad, con artralgias, mialgias, astenia intensa, eritema maculopapular en tronco, muñecas y manos, y adenopatía retroauricular con linfopenia (300 mm³, 9,8%) y trombocitopenia (108.000 mm³). La erupción cutánea precisó tratamiento con antihistamínicos (Polaramine®). La paciente refirió antecedentes de picaduras.

Paciente 3: mujer de 62 años, española, procedente de India y Nepal. Presentaba fiebre de 39 °C, cefalea, náuseas, linfopenia (300 mm³, 13,6%), trombocitopenia (610.00 mm³), exantema en muslos y abdomen, y refería antecedente de picaduras.

Las 3 pacientes evolucionaron favorablemente. Se descartó la presencia de otras infecciones bacterianas, víricas o parasitarias, incluido paludismo. No habían sido vacunadas frente a fiebre amarilla, encefalitis japonesa o encefalitis por picadura de garrapatas, circunstancias que pueden ser fuente de falsos positivos en la serología del dengue⁸.

Ante la sospecha de dengue, se practicó serología específica mediante inmunocromatografía (IC) IgM e IgG con antígeno de envoltura recombinante (Dengue IgG/IgM, Standard Diagnostics, Inc, Korea)⁴ y EIA IgM (Dengue ELISA IgM Capture, Vircell, Santa Fe, Granada, España)⁵.

Los resultados de la serología se muestran en la **tabla 1**. A los 6 días, tras la aparición de los síntomas ya pudieron detectarse IgM específicas con los 2 métodos utilizados, y a los 15 días y antes de los 25, se detectaron IgG específicas.

Estos datos sugieren que es necesario estar alerta ante la presencia de síntomas compatibles en pacientes procedentes de zonas endémicas de dengue. Es posible la realización de un diagnóstico rápido de este proceso infeccioso, basado en la detección de IgM⁹, pero debe tenerse en cuenta que la serología puede ser negativa si la muestra es demasiado precoz, como también han señalado otros

Tabla 1
Resultados de la serología del dengue

Días desde los síntomas	IgM IC	IgG IC	IgM EIA
Paciente 1			
6	+	—	POS 3,047
25	+	+	POS 2,869
Paciente 2			
15	+	—	POS 1,749
50	+	+	POS 3,045
Paciente 3			
4	—	—	NEG 0,367
6	+	—	POS 1,734
25	+	+	POS 3,230

EIA: enzimoimmunoassay; IC: inmunocromatografía; NEG: negativo; POS: positivo.

autores¹⁰. Las 2 pruebas diagnósticas utilizadas para la determinación de IgM han sido concordantes en sus resultados.

Bibliografía

1. Chaturvedi UC, Nagar R. Dengue and dengue haemorrhagic fever: Indian perspective. *J Biosci.* 2008;33:429–41.
2. Martina BE, Koraka P, Osterhaus AD. Dengue virus pathogenesis: An integrated view. *Clin Microbiol Rev.* 2009;22:564–81.
3. Bhatt S, Gething PW, Brady OJ, Messina JP, Farlow AW, Moyes CL, et al. The global distribution and burden of dengue. *Nature.* 2013;496:504–7.
4. La Ruche G, Souarès Y, Armengaud A, Peloux-Petiot F, Delaunay P, Desprès P, et al. First two autochthonous dengue virus infections in metropolitan France, September 2010. *Euro Surveill.* 2010;15. Disponible en: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19676>
5. Schmidt-Chanasit J, Haditsch M, Schöneberg I, Günther S, Stark K, Frank C. Dengue virus infection in a traveller returning from Croatia to Germany. *Euro Surveill.* 2010;15. Disponible en: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19677>
6. Alves MJ, Fernandes PL, Amaro F, Osório H, Luz T, Parreira P, et al. Clinical presentation and laboratory findings for the first autochthonous cases of dengue fever in Madeira island, Portugal, October 2012. *Euro Surveill.* 2013;18. Disponible en: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=20398>
7. Marchand E, Prat C, Jeannin C, Lafont E, Bergmann T, Flusin O, et al. Autochthonous case of dengue in France, October 2013. *Euro Surveill.* 2013;18. Disponible en: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=20661>
8. Schwartz E, Mileguir F, Grossman Z, Mendelson E. Evaluation of ELISA-based sero-diagnosis of dengue fever in travelers. *J Clin Virol.* 2000;19:169–73.
9. Shu PY, Huang JH. Current advances in dengue diagnosis. *Clin Diagn Lab Immunol.* 2004;11:642–50.
10. Wichmann O, Stark K, Shu PY, Niedrig M, Frank C, Huang JH, et al. Clinical features and pitfalls in the laboratory diagnosis of dengue in travellers. *BMC Infect Dis.* 2006;21:120. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2334/6/120>

Rafael Benito Ruesca^{a,b,*}, Santiago Letona Carbajo^c,
Alba Bellés Bellés^b y Joaquina Gil Tomás^{a,b}

^a Departamento de Microbiología, Facultad de Medicina, Universidad de Zaragoza, Zaragoza, España

^b Servicio de Microbiología, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España

^c Servicio de Enfermedades Infecciosas, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rbenito@unizar.es (R. Benito Ruesca).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2014.03.003>