

Falso positivo para dengue tras estancia en Ecuador

Sr. Editor: La fiebre es uno de los síntomas más frecuentes que acontecen a personas provenientes de áreas tropicales¹. El diagnóstico diferencial en estos casos es muy extenso, pues abarca desde infecciones virales banales hasta procesos que suponen un riesgo vital. Presentamos el caso de una mujer joven procedente de Ecuador.

Se trata de una mujer de 32 años que había regresado de Ecuador un día antes de acudir a la consulta, tras haber permanecido allí durante los últimos 2 meses en calidad de cooperante. No contaba antecedentes médico-quirúrgicos relevantes y no había recibido ningún tratamiento.

El cuadro se había iniciado 12 días antes, comenzando con mareo, malestar y cefalea con dolor retroocular. Tras 48 h se había añadido fiebre de hasta 40 °C, continua, acompañada de astenia, escalofríos, artromialgias generalizadas y ocasionalmente molestias en hipogastrio. No recordaba haber sufrido erupciones cutáneas ni ninguna otra sintomatología adicional. Acudió antes de su llegada a España a un hospital en Quito, donde dentro de toda la evaluación realizada destacaba un resultado positivo de IgM para dengue.

En nuestra consulta la paciente se encontraba con regular estado general y febrícula, y el resto de la exploración estaba dentro de la normalidad. Ante el hallazgo serológico se decidió ingreso para observación con tratamiento sintomático. Dentro de las pruebas complementarias realizadas destacaba: Hemograma: 3.600 leucocitos, con fórmula normal; Hb 12,5; VCM 83, plaquetas 160.000; estudio de coagulación normal; bioquímica: GPT 84, GOT 85, LDH 492; el resto de los parámetros estaban dentro de la normalidad; radiografía de tórax sin alteraciones; ecografía abdominal con discreta esplenomegalia homogénea. Serologías negativas para VIH, VHC, *Toxoplasma*, CMV, *Brucella*, *Coxiella*, sífilis, *Rickettsia*, *Salmonella*, *Entamoeba*, *Blastomyces*, *Coccidioides*, *Histoplasma*, *Paracoccidioides*, Chagas y *Leishmania*, con patrón de inmunización frente a VHA y VHB. La gota gruesa fue negativa en dos ocasiones, así como la PCR para *Plasmodium*. El cultivo de orina fue negativo y en el examen directo de heces se detectó *Entamoeba coli*, sin significado patológico. Repetido el estudio para dengue, el resultado tanto de IgG e IgM (ELISA) como de PCR fueron negativos.

En su evolución, la paciente permaneció estable en todo momento, pero

con persistencia del cuadro febril. Finalmente, en el cultivo tanto de heces como de sangre obtenidos en el primer día de consulta se objetivó crecimiento de *Salmonella typhi*. La paciente fue tratada con ciprofloxacino, con mejoría progresiva de la sintomatología y desaparición de la fiebre a las 72 h.

Cada vez con mayor frecuencia nos encontramos con pacientes que proceden de países tropicales, ya sea fruto de los flujos migratorios o por motivos laborales, lúdicos o humanitarios. Por eso es fundamental en la actualidad estar familiarizado con enfermedades poco frecuentes en nuestro medio pero que iremos encontrando con creciente asiduidad. Sin embargo, como pone de manifiesto el presente caso, la medicina tropical no debe hacernos cambiar nuestra lista de diagnósticos diferenciales, sino ampliarla. Una de las máximas que sí convendría seguir, dado que la malaria es potencialmente mortal, es que en un paciente con fiebre procedente de una zona palúdica debe considerarse que sufre paludismo hasta que no se demuestre lo contrario.

El dengue es una infección viral causada por un flavivirus del que se conocen cuatro serotipos distintos y cuyo vector transmisor es un mosquito, habitualmente de la especie *Aedes aegypti*². Su distribución abarca áreas tropicales y subtropicales de África, Asia, América y Oceanía. En la forma clínica clásica predomina la fiebre alta, la cefalea (característicamente con dolor retroocular) y las artromialgias extremadamente intensas, de tal modo que en muchos lugares se conoce como la "fiebre quebrantahuesos". Otras dos formas de presentación clínica más graves son la fiebre hemorrágica, con fenómenos de alteración de la permeabilidad vascular, trombocitopenia, hemorragias e insuficiencia hepática, y el síndrome de shock. Es importante resaltar que se ha descrito una mayor predisposición a sufrir estas formas graves cuando un sujeto inicialmente infectado por un serotipo (frente al cual en principio adquiere inmunidad) es infectado con posterioridad por otro serotipo diferente.

En el caso descrito aquí, a pesar de que todos los datos apuntaban hacia la existencia de una enfermedad tropical como el dengue, finalmente resultó tratarse de una infección también prevalente en nuestro entorno y esencialmente asociada a ambientes con falta de higiene y bajo nivel socioeconómico, como es la fiebre tifoidea. La dificultad estribaba sobre todo en que, a pesar de ser dos microorganismos muy dispares, las manifestaciones clínicas y analíticas pueden ser similares³. Quizás uno de los datos más relevantes que obligarían a pensar en proce-

dos diferentes al dengue fue la duración prolongada del cuadro febril, que en el caso de esta infección viral no suele superar los 7 días.

En el presente caso aún faltarían algunos interrogantes por responder: ¿cómo se interpreta la discrepancia en los resultados serológicos con respecto al dengue? Aunque se dispone de varias técnicas para determinar anticuerpos frente al virus, todas ellas con alta sensibilidad y especificidad⁴, existe la posibilidad de obtener un resultado falso positivo, como creemos que sucedió en el análisis de Ecuador, dado que la determinación del virus por PCR, método directo y más preciso, fue negativa. Se han descrito falsos positivos en la determinación de anticuerpos en el contexto de distintas situaciones clínicas, como son las infecciones por otros flavivirus (fiebre amarilla, West Nile virus, etc.) o virus de otras familias (Epstein-Barr, varicela-zóster o citomegalovirus), el factor reumatoide positivo, el paludismo e incluso asociado a anticuerpos anti-insecto en relación con la presencia de antígenos de los vectores en el proceso de determinación serológica. En el informe aportado por la paciente no se especificaba la técnica empleada en el diagnóstico serológico inicial.

Por último, debemos señalar que un resultado serológico negativo frente a *Salmonella*, como ocurrió en este caso, no nos debe hacer descartar una fiebre tifoidea, puesto que la mayoría de los pacientes con dicha infección desarrollan anticuerpos aglutinadores frente a los antígenos O y H entre la segunda y la cuarta semana de enfermedad. Por ello, el diagnóstico debe basarse sobre todo en el aislamiento de *Salmonella typhi* u otras especies en sangre y/o heces.

Jorge Polo-Sabau,
Mercedes Molina-Robles
y Sabino Puente-Puente

Consulta de Medicina Tropical.
Hospital Carlos III. Madrid. España.

Bibliografía

- Humar A, Keystone J. Evaluating fever in travellers returning from tropical countries. *BMJ*. 1996;312:953-6.
- Guzman MG, Kouri G. Dengue: an update. *Lancet Infect Dis*. 2002;2:33-42.
- Parry CM, Hien TT, Dougan G, White NJ, Farrar JJ. Typhoid fever. *N Engl J Med*. 2002; 347:1770-82.
- Groen J, Koraka P, Velzing J, Copra C, Osterhaus AD. Evaluation of six immunoassays for detection of dengue virus-specific immunoglobulin M and G antibodies. *Clin Diagn Lab Immunol*. 2000;7:867-71.