







## Dengue congénito como diagnóstico diferencial en neonatos con sospecha de sepsis neonatal: reporte de caso en una región endémica

Luis A. Espinoza-Venegas<sup>1\*</sup>, Billey K. Samame-Talledo<sup>2</sup>, Lidia G. Mauricio-Neyra<sup>1</sup>,  
Luis Pampa-Espinoza<sup>3</sup>, Fernando Munayco-Guillén<sup>4</sup> y Rafael Pichardo-Rodríguez<sup>5,6</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Medicina Interna, Hospital de Apoyo II de Sullana, Piura; <sup>2</sup>Departamento de Pediatría, Hospital de Apoyo II de Sullana, Piura; <sup>3</sup>Unidad de Intervenciones Estratégicas, Centro Nacional de Salud Pública del Perú, Instituto Nacional de Salud del Perú, Lima; <sup>4</sup>Departamento del Oftalmología y Refracción, Instituto Nacional de Oftalmología, Lima; <sup>5</sup>Facultad de Medicina Humana, Universidad Cesar Vallejo, Piura; <sup>6</sup>Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica, Hospital de Apoyo II de Sullana, Piura. Perú

### Resumen

**Introducción:** La epidemia de dengue ha afectado de forma muy importante al Perú en el 2023, con más de 273,000 casos y más de 444 fallecidos. Las gestantes de zonas endémicas también han sido afectadas y se reportan más de 8,312 gestantes infectadas. **Caso clínico:** Se reporta el caso de un neonato de 11 días de vida con síntomas de fiebre, ictericia, alteración del sensorio y antecedente de parto cesárea por sufrimiento fetal agudo. Se identifica RT-PCR para dengue serotipo 2 en madre y neonato, suspendiéndose antibióticos e iniciando terapia de hidratación controlada con evolución favorable. **Conclusiones:** Se debe sospechar un caso de dengue congénito ante todo neonato cuya madre presenta dengue hasta 10 días antes del parto y que presente cuadro clínico de sepsis con vigilancia al neonato hasta el 12 día de vida.

**Palabras clave:** Epidemia. Virus del dengue. Transmisión perinatal. Reporte de caso.

### Dengue congenital as a differential diagnosis in neonates with suspected neonatal sepsis: a case report in an endemic region

### Abstract

**Background:** A major dengue epidemic affected Peru in 2023, with more than 246,614 cases with 419 deaths and an approximate of 8,312 pregnant women affected, with risk of transmitting the virus to the fetus. **Clinical case:** The case of an 11-day-old newborn is reported, whose mother started dengue fever one day before delivery, who was admitted to the emergency room with a diagnosis of sepsis (fever, jaundice, alteration of sensorium) and a history of cesarean delivery due to acute fetal distress. RT-PCR for dengue serotype 2 was identified in both the mother and neonate, suspending antibiotics and starting controlled hydration therapy, with favorable evolution that allowed the 7 to be discharged from hospitalization. **Conclusions:** Congenital dengue should be suspected in any neonate whose mother presents dengue up to 10 days before delivery and who presents a clinical picture of sepsis, and we must monitor the neonate until the 12<sup>th</sup> day of life.

**Keywords:** Epidemic. Dengue virus. Perinatal transmission. Case report.

#### \*Correspondencia:

Luis A. Espinoza-Venegas  
E-mail: laev16@hotmail.com

Fecha de recepción: 20-08-2024  
Fecha de aceptación: 11-11-2024  
DOI: 10.24875/BMHIM.24000107

Disponible en internet: 04-09-2025  
Bol Med Hosp Infant Mex. 2025;82(5):314-318  
www.bmhim.com

1665-1146/© 2024 Hospital Infantil de México Federico Gómez. Publicado por Permanyer. Este es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Introducción

El dengue es una enfermedad viral transmitida por mosquitos del género *Aedes* y se constituye como una preocupación global por su impacto en la salud pública, especialmente en regiones tropicales y subtropicales, siendo una causa de alta mortalidad<sup>1</sup>. En el año 2023, la región de las Américas enfrentó un importante brote de dengue, con más de tres millones de casos notificados, superando los registros del año anterior. Brasil, Perú y Bolivia fueron los países más afectados, destacando Perú con una epidemia histórica que se ha cobró la vida de 419 personas y afectó a 8,312 gestantes, sin datos sobre la incidencia de dengue por transmisión vertical<sup>2-4</sup>.

Si bien se ha estudiado extensamente en adultos y niños, el dengue en mujeres embarazadas y neonatos ha surgido como un área de interés clínico creciente<sup>2,4,6</sup>. El dengue en la gestación afecta al feto, está descrita la transmisión vertical y se informa una tasa de mortalidad neonatal del 5%, por lo que el reconocimiento temprano de la enfermedad en el neonato (dengue neonatal) es de suma importancia, pues puede pasar desapercibida y confundirse con sepsis neonatal<sup>1,5,6</sup>. En zonas endémicas como la nuestra (Sullana, ubicada en Piura, Perú), es importante considerar a esta entidad como diagnóstico diferencial frente a la sepsis neonatal.

Presentamos un caso de dengue congénito en un neonato de 11 días de edad, cuya madre fue diagnosticada con dengue poco antes del parto. Este caso ilustra la complejidad del diagnóstico y manejo del dengue congénito, así como la importancia de la vigilancia y la colaboración interdisciplinaria en el tratamiento de esta enfermedad en áreas endémicas como Sullana-Piura, Perú.

## Caso clínico

Neonato de sexo femenino de 11 días, ingresa por emergencia, con tiempo de enfermedad de un día, con fiebre (39 C°), irritabilidad, disminución de la succión e ictericia. Al examen físico presenta 52 respiraciones por minuto y 126 de frecuencia cardíaca. Se le hospitaliza bajo el diagnóstico presuntivo de sepsis neonatal, iniciándose un manejo con antibióticos (ampicilina 212 mg cada 8 horas más amikacina 51 mg cada 24 horas) y solución salina a 6 cc/kg/hora. Como antecedentes, la paciente nació por cesárea debido a sufrimiento fetal agudo, y fue dada de alta 2 días después del nacimiento. La madre, un día antes del parto presentó fiebre, malestar general, dolor osteoarticular y cefalea, y fue tratada de acuerdo con la guía nacional<sup>7</sup> como un

caso probable de dengue sin signos de alarma, confirmando el diagnóstico dos días después del parto con una prueba de antígeno de glucoproteína no estructural 1 (NS1) positivo. El neonato pasó a cuidados intermedio y presentó una prueba de NS1 positiva y reacción en la cadena de la polimerasa en tiempo real (RT-PCR) positiva para serotipo 2 de dengue; además se solicitó RT-PCR a la madre, la cual también fue positiva para dengue con el mismo serotipo del neonato. El hemocultivo resultó negativo y la ecografía no evidenció líquido libre en cavidad abdominal. De esta manera se confirmó el diagnóstico de dengue congénito, suspendiéndose los antibióticos e iniciando terapia de hidratación controlada con dextrosa 5% más electrolitos a 3 cc/kg/hora, manteniendo un flujo urinario por encima 1 cc/kg/hora.

Al día 4 de enfermedad el neonato presentó petequias que se autolimitaron y en el día 6 tuvo un *rash* leve. Con respecto a la analítica de laboratorio, el paciente ingreso con hiperbilirrubinemia (7.72 mg/dl) a predominio indirecto (7.12 mg/dl) y con una proteína C reactiva en 1.6 mg/dl. En el hemograma, tanto los leucocitos como los linfocitos se mantuvieron en rangos normales para su edad, no obstante, el hematocrito se empezó a hemoconcentrar del 47 al 53%, pero luego con la hidratación controlada llegó al 45% (Tabla 1). La transaminasa glutámico-oxalacética llegó a 74 U/l.

Luego de iniciar la hidratación controlada presentó evolución clínica y laboratorial favorable, siendo dado de alta 7 días después de su hospitalización (Fig. 1).

## Discusión

La incidencia de dengue en gestantes es similar a la de la población general; sin embargo, el riesgo de complicaciones es mayor y puede afectar al feto, pero en nuestro caso a pesar de estos riesgos el desenlace fue favorable<sup>8-11</sup>. En un estudio prospectivo de 44 gestantes con dengue confirmado, se encontró que el 12.5% de los recién nacidos requirieron ingreso en unidades de cuidados críticos neonatales y el 5% presentó mortalidad neonatal<sup>12</sup>. Igualmente, el embarazo con dengue se asocia con un mayor riesgo de prematuridad (*odds ratio* [OR]: 1.71; intervalo de confianza del 95% [IC 95%]: 1.06-2.76), bajo peso al nacer (OR: 1.41; IC 95%: 0.90-2.21), aborto espontáneo (OR: 3.5; IC 95%: 1.15-10.77), muerte fetal (OR: 2.71; IC 95%: 1.44-5.10) y muerte neonatal (OR: 3.03; IC 95%: 1.17-7.83)<sup>13</sup>, por lo que se recomienda la hospitalización de todas las gestantes con dengue y una vigilancia estrecha del binomio madre-hijo para mitigar los riesgos asociados y asegurar un desenlace favorable<sup>1</sup>. En nuestro caso, la madre

**Tabla 1.** Evolución del hemograma durante su estancia hospitalaria

Componente	Día de enfermedad			
	2 día	3 día	4 día	6 día
Leucocitos	6,870 leucocitos/mm <sup>3</sup>	9,080 leucocitos/mm <sup>3</sup>	9,580 leucocitos/mm <sup>3</sup>	8,750 leucocitos/mm <sup>3</sup>
Linfocitos	3,230 linfocitos/mm <sup>3</sup>	4,450 linfocitos/mm <sup>3</sup>	5,970 linfocitos/mm <sup>3</sup>	6,030 linfocitos/mm <sup>3</sup>
Plaquetas	155,000 plaquetas/mm <sup>3</sup>	189,000 plaquetas/mm <sup>3</sup>	154,000 plaquetas/mm <sup>3</sup>	162,000 plaquetas/mm <sup>3</sup>
Hematocrito	47%	49%	53%	45%

**Figura 1.** Neonato con dengue congénito un día previo al alta.

fue diagnosticada con dengue sin signos de alarma días previos al parto, sin embargo el feto desarrolló sufrimiento fetal agudo, lo que requirió un parto distócico mediante cesárea, revelando la independencia de las complicaciones obstétricas de la gravedad de la infección.

La literatura reporta que el alto riesgo de resultados fetales adversos se correlaciona con la producción de citocinas proinflamatorias, como interleucina (IL) 6, IL-8 y factor de necrosis tumoral alfa<sup>9,13</sup>. Este último afecta al útero al incrementar la producción de proteínas de activación uterina, provocando partos prematuros<sup>9,13</sup>. Además, se observan efectos como edema estromal, aumento de los ganglios sincitiales y corangiosis, los cuales comprometen la circulación placentaria y causan hipoxia fetal. Esta hipoxia puede resultar en un retraso del crecimiento fetal si la infección ocurre en las primeras etapas del embarazo<sup>9,13</sup>; sufrimiento fetal agudo y la muerte fetal, con una incidencia entre el 4.7 y 13%, son significativamente más elevados en casos de dengue

sintomático en la madre, siendo seis veces mayor en comparación con madres asintomáticas<sup>14</sup>. Se postulan tres mecanismos implicados en estas repercusiones fetales: a) la diseminación hematológica secundaria a la infección materna que permite la transmisión a través de la placenta; b) la viremia que aumenta el riesgo de transmisión del virus debido al intercambio de sangre durante el parto, y c) la presencia de dengue grave en la madre, que altera directamente la función placentaria sin que el feto tenga una infección viral real. En nuestro caso, es probable que los mecanismos responsables sean el primero o el segundo o ambos, dado que la gestante presentaba un día de enfermedad y ya estaba en estado de viremia días antes del parto<sup>14</sup>. El dengue congénito muestra una tasa de transmisión vertical del 1.6 al 69.2%, aumentando cuando el dengue materno ocurre cerca del parto. Hasta el 77% de los neonatos pueden presentar síntomas, el 5.8% pueden mostrar signos de alarma y el 1.9% pueden desarrollar dengue grave<sup>15-18</sup>. Este incremento en la tasa de transmisión se debe a la falta de tiempo suficiente para la inducción y el paso transplacentario de anticuerpos protectores después de la infección materna<sup>19-21</sup>. Se ha reportado que la gestante puede transmitir el virus del dengue al feto si presenta fiebre desde 10 días antes hasta 10 horas después del parto, independientemente de la vía del parto<sup>18</sup>. La concentración de anticuerpos específicos para el serotipo se correlaciona con la protección, teniendo una vida media de 40 días en el neonato. Posteriormente, los anticuerpos no neutralizantes pueden facilitar la entrada del virus en los monocitos, aumentando el riesgo de formas graves de dengue si el niño se infecta<sup>22</sup>. El diagnóstico de dengue neonatal en nuestro caso se ve respaldado por la coincidencia del periodo crítico y el de transmisión vertical, ya que la madre se encontraba dentro del intervalo de tiempo de riesgo. Además, la similitud en los serotipos virales entre madre e hijo refuerza esta conclusión.

Los casos sintomáticos de dengue congénito que ingresan a emergencias suelen diagnosticarse erróneamente como sepsis en el 25% de los casos y como trombocitopenia inmune neonatal en el 12.5%<sup>23,24</sup>. Sin embargo, al egreso, el 82.1% de estos casos son categorizados como dengue con signos de alarma. La edad media de inicio de síntomas en neonatos es de 7 días<sup>23,24</sup>. Las manifestaciones clínicas en las madres generalmente comienzan entre 9 días antes del parto y un día después de este. Se ha observado que cuanto mayor es el intervalo entre la aparición de la fiebre materna y el parto, más pronto aparecerá la fiebre en el neonato<sup>23,24</sup>. El dengue congénito debe sospecharse en neonatos provenientes de zonas endémicas que presenten fiebre, alteraciones hemodinámicas (reticulado en piel, mala perfusión periférica, cianosis distal), erupción maculopapular, hepatomegalia, derrame pleural, ascitis, distensión abdominal, vómitos, trombocitopenia, hipoactividad e hipoglucemia. En casos graves pueden observarse síntomas de sepsis, hemorragia digestiva o intracerebral, *shock* séptico, insuficiencia respiratoria o encefalitis<sup>17,19,24,25</sup>. Es crucial la comunicación entre los servicios de gineco-obstetricia, pediatría y el primer nivel de atención para neonatos nacidos de madres con dengue, especialmente si los síntomas maternos comenzaron al menos 9 días antes del parto. La fiebre en el neonato puede presentarse hasta el día 11 de vida, por lo que se recomienda vigilancia hasta los 12 días posteriores al nacimiento. La fuga capilar de plasma puede durar entre 12 y 24 horas. La prueba de NS1 puede ser positiva hasta siete días después del nacimiento, y los anticuerpos IgM e IgG pueden tardar entre 2 y 3 semanas en ser detectables<sup>1,20</sup>. Por ello, en regiones endémicas, como la nuestra, es fundamental incluir el dengue congénito dentro de los diagnósticos diferenciales de sepsis neonatal.

En el contexto del dengue neonatal, las pruebas de laboratorio pueden detectar NS1 y RT-PCR en la sangre del cordón umbilical<sup>19,23</sup>. Se observa plaquetopenia, aunque la interpretación del hemoconcentración debe ser cautelosa debido a los valores de hematocrito elevados en neonatos<sup>19,23</sup>. Durante la etapa febril, los leucocitos tienden a disminuir levemente ( $7,800 \pm 800/\text{mm}^3$ ), para luego aumentar en la fase crítica ( $13,400 \pm 2,800/\text{mm}^3$ )<sup>19,23</sup>. Las transaminasas, especialmente la transaminasa glutámico-oxalacética, muestran un incremento mayor que la transaminasa glutámico-pirúvica. En casos graves pueden alterarse los tiempos de coagulación y sangría<sup>19,23</sup>.

En cuanto al manejo, se recomienda la administración de soluciones polielectrolíticas balanceadas para

mantener la presión arterial media dentro de los límites normales para la edad y el sexo<sup>1</sup>; en neonatos, el manejo del sodio presenta desafíos debido a la inmadurez renal, y la hipoglucemia es más frecuente, por lo que varias guías sugieren el uso de dextrosa al medio normal. La velocidad de infusión debe ajustarse según la fuga capilar, evaluada mediante pulso, presión arterial, presión del pulso, tiempo de llenado capilar, hematocrito y producción de orina, siendo esta última el indicador más confiable (0.5-1 ml/kg/hora) durante el periodo crítico<sup>20</sup>.

Concluimos que en las regiones endémicas de dengue como la nuestra es esencial monitorizar el dengue congénito en neonatos cuyas madres presentan síntomas de dengue desde 10 días antes del parto hasta un día después. Para estos casos, se recomienda tomar muestras del cordón umbilical para la prueba de NS1 y mantener una vigilancia estrecha del neonato hasta los 12 días de edad. Esto requiere una coordinación eficaz entre los servicios de gineco-obstetricia, pediatría y el primer nivel de atención. Además, se debe considerar el dengue congénito en cualquier neonato con signos clínicos de sepsis que cumpla con estos criterios.

## Financiamiento

Los autores declaran no haber recibido financiamiento para este estudio.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

## Consideraciones éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad, consentimiento informado y aprobación ética.** Los autores han seguido los protocolos de confidencialidad de su institución, han obtenido el consentimiento informado de los pacientes, y cuentan con la aprobación del Comité de Ética. Se han seguido las recomendaciones de las guías SAGER, según la naturaleza del estudio.

**Declaración sobre el uso de inteligencia artificial.** Los autores declaran que no utilizaron ningún tipo de inteligencia artificial generativa para la redacción de este manuscrito.

## Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. Dengue: guía para la atención de enfermos en la región de las Américas [Internet]. Organización Panamericana de la Salud; 2016. Disponible en: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28232/9789275318904\\_esp.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28232/9789275318904_esp.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
2. Mitchell C. Dengue [Internet]. Pan American Health Organization/World Health Organization; 2014 [citado 17 de septiembre de 2023]. Disponible en: [https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=9469:dengue&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9469:dengue&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0)
3. World Health Organization. Dengue - the Region of the Americas [Internet]. World Health Organization; 19 jul 2023 [citado 25 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2023-DON475>
4. Sala situacional diaria de dengue [Internet]. Gobierno de Perú [citado 17 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/sala-situacional-dengue/diaria>
5. Brar R, Sikka P, Suri V, Singh MP, Suri V, Mohindra R, et al. Maternal and fetal outcomes of dengue fever in pregnancy: a large prospective and descriptive observational study. *Arch Gynecol Obstet*. 2021;304(1):91-100. doi:10.1007/s00404-020-05930-7
6. Sharath Keerthy N. Are we missing neonatal dengue? *Indian Pediatr*. 2019;56:697.
7. Minsa. Norma técnica de salud para la atención integral de pacientes con dengue en el Perú. RM 175-2024 [Internet]. Perú: Minsa; 2024. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/6007546/5323501-r-m-175-2024-minsa-y-nts-211-dgiesp.pdf>
8. Feitoza HAC, Koifman S, Koifman RJ, Saraceni V. Os efeitos maternos, fetais e infantis decorrentes da infecção por dengue durante a gestação em Rio Branco, Acre, Brasil, 2007-2012. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2017 [citado 26 de octubre de 2023];33(5). doi:10.1590/0102-311x00178915
9. Tougma SA, Zoungrana/Yaméogo WN, Dahourou DL, Salou/Kagoné IA, Compaoré TR, Kaboré A, et al. Dengue virus infection and pregnancy outcomes during the 2017 outbreak in Ouagadougou, Burkina Faso: a retrospective cohort study. *PLoS One*. 2020;15(9):e0238431.
10. Madureira da Mota AK. Os efeitos da infecção pelo vírus da dengue na gestação [Internet]. Escola Nacional de Saúde Pública; 2012 [citado 25 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/24283/838.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
11. Nascimento LBD, Siqueira CM, Coelho GE, Siqueira JB, Nascimento LBD, Siqueira CM, et al. Dengue em gestantes: caracterização dos casos no Brasil, 2007-2015\*. *Epidemiol E Serviços Saúde*. 2017;26(3):433-42. doi:10.5123/S1679-49742017000300002
12. Brar R, Sikka P, Suri V, Singh MP, Suri V, Mohindra R, et al. Maternal and fetal outcomes of dengue fever in pregnancy: a large prospective and descriptive observational study. *Arch Gynecol Obstet*. 2021;304(1):91-100. doi:10.1007/s00404-020-05930-7
13. Howard-Jones AR, Pham D, Sparks R, Maddocks S, Dwyer DE, Kok J, et al. Arthropod-borne flaviviruses in pregnancy. *Microorganisms*. 2023;11(2):433. doi:10.3390/microorganisms11020433
14. Manzano Núñez R, Zapata JA, García-Perdomo HA, Gomez DA, Solís Velasco MA. Dengue perinatal: Reporte de caso. *Rev Chil Pediatr*. 2017;88(6):765-70. doi:10.4067/S0370-41062017000600765
15. Basurko C, Matheus S, Hildéral H, Everhard S, Restrepo M, Cuadro-Alvarez E, et al. Estimating the risk of vertical transmission of dengue: a prospective study. *Am J Trop Med Hyg*. 2018;98(6):1826-32. doi:10.4269/ajtmh.16-0794
16. Tan PC, Rajasingam G, Devi S, Omar SZ. Dengue infection in pregnancy: prevalence, vertical transmission, and pregnancy outcome. *Obstet Gynecol*. 2008;111(5):1111-7. doi:10.1097/aog.0b013e31816a49fc
17. Centurión R, Rienzi R, Godoy G, Buena J. Infección por dengue perinatal en un centro hospitalario del departamento central de Paraguay. *Rev Nac Itauguá*. 2014;6(2):38-54.
18. Gupta S, Choudhury V, Gupta NP, Gupta V, Pandita A. Congenital dengue in neonate. *Clin Case Rep*. 2020;9(2):704-6. doi:10.1002/ccr3.3627
19. Singh S, Alallah J, Amrit A, Maheshwari A, Boppana S. Neurological manifestations of perinatal dengue. *Newborn Clarksville Md*. 2023;2(2):158-72. doi:10.5005/jp-journals-11002-0066
20. Iqtadar S. Dengue GCP Guidelines for pregnancy 2021 [Internet]. Services Institute of Medical Sciences; 2021 [citado 26 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://deag.punjab.gov.pk/system/files/DENGUE%20GCP%20GUIDELINES%20FOR%20PREGNANCY%202021.pdf>
21. Restrepo BN, Isaza DM, Salazar CL, Ramírez JL, Upegui GE, Ospina M, et al. Dengue en el embarazo: efectos en el feto y el recién nacido. *Biomédica*. 2003;23(4):416. doi:10.7705/biomedica.v23i4.1236
22. Salgado DM, Rodríguez JA, Lozano L del P, Zabaleta TE. Perinatal dengue. *Biomédica*. 2013;33:14-21. doi:10.7705/biomedica.v33i0.1449
23. Nguyen TM. Clinical features and outcomes of neonatal dengue at the Children's Hospital 1, Ho Chi Minh, Vietnam. *J Clin Virol*. 2021;138:104758.
24. Bopeththa BVKM, Hemapriya S, Gayan Niranga KK, Kotigala DSK. A case report of dengue haemorrhagic fever during the peripartum period: challenges in management and a case of vertical dengue transmission. *BMC Infect Dis*. 2018;18(1):427. doi:10.1186/s12879-018-3352-x
25. Sinhabahu VP, Sathananthan R, Malavige GN. Perinatal transmission of dengue: a case report. *BMC Res Notes*. 2014;7:795. doi:10.1186/1756-0500-7-795