

Dengue grave y pancreatitis aguda en paciente oncológico. Reporte de caso clínico

Pablo A. Llerena-Rengel^{1*} , Emérita E. Basantes-Borja¹ , Luis J. Unigarro-Quinónez¹ ,
Carlos D. Montenegro-Chamorro¹ y Ana R. Villamarín-Rodríguez²

¹Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Oncológico Solca Núcleo Quito; ²Posgrado de Medicina Crítica y Terapia Intensiva, Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Quito, Ecuador

Resumen

La pancreatitis aguda por el virus del dengue es poco frecuente. Las causas de pancreatitis de origen infeccioso corresponden a menos del 5%, y es especialmente difícil su diagnóstico en pacientes oncológicos debido al inmunocompromiso. El presente reporte trata de un paciente con linfoma de células del manto con cuadro febril tras visita a zona endémica, en el cual no se identifican anticuerpos para dengue y que se complica con cuadro de dolor abdominal y posterior fallo multiorgánico. Para llegar al diagnóstico de dengue y pancreatitis aguda fueron necesarios estudios adicionales, lo que constituyó un reto. La sintomatología de la pancreatitis es común al dengue, el empeoramiento del cuadro clínico debe motivar estudios complementarios para pancreatitis y sus causas más frecuentes, especialmente en pacientes oncológicos.

Palabras clave: Dengue. Pancreatitis aguda. Linfoma de células del manto. Cuidados críticos. Caso clínico.

Severe dengue and acute pancreatitis in a cancer patient. Case report

Abstract

Acute pancreatitis due to dengue virus is rare. Infectious causes of pancreatitis account for less than 5% of cases, and its diagnosis is especially difficult in cancer patients due to immunocompromised conditions. This report is about a patient with mantle cell lymphoma who presented with fever after a visit to an endemic area, in whom dengue antibodies were not identified. This complication was caused by abdominal pain and subsequent multiorgan failure. Diagnosing dengue and acute pancreatitis required additional testing, which was challenging. The symptoms of pancreatitis are common to dengue; worsening clinical symptoms should prompt further testing for pancreatitis and its most common causes, especially in cancer patients.

Keywords: Dengue. Acute pancreatitis. Mantle-cell lymphoma. Critical care. Case report.

*Correspondencia:

Pablo A. Llerena-Rengel
E-mail: pablollerenaengel@gmail.com

Fecha de recepción: 08-04-2025
Fecha de aceptación: 17-06-2025
DOI: 10.24875/j.gamo.25000043

Disponible en internet: 13-08-2025
Gac Mex Oncol. 2025;24(Supl):88-92
www.gamo-smeo.com

2565-005X/© 2025 Sociedad Mexicana de Oncología. 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 infección causada por un virus de cadena simple de ARN de la familia *Flaviviridae* transmitida por la picadura del mosquito *Aedes aegypti*, principalmente, y *Aedes albopictus*. Se reporta transmisión perinatal, transfusional, sexual o en trasplante de órganos¹.

Existen cuatro serotipos capaces de producir enfermedad sintomática. DENV-1 y DENV-3 se asocian a primoinfección y DENV-2 y DENV-4 a infecciones secundarias^{2,3}. Se describió por primera vez en 1779 y el virus se identificó en 1943².

El dengue es una enfermedad endémica en 112 países del mundo y la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera en riesgo al 40% de la población mundial que vive en zonas tropicales⁴.

En áreas endémicas como el sudeste de Asia y las Américas existe una alta seropositividad (> 60%) de anticuerpos IgG contra dengue, menor prevalencia (10-60%) en regiones de brotes esporádicos como África y el Medio Oriente, y baja prevalencia en regiones como Europa o EE.UU.².

Tiene un periodo de incubación de 4 a 6 días (3-14 días), después del cual se pueden reconocer tres fases: febril, crítica y de recuperación⁴. La fase febril se extiende desde el día 2 al 7, y está asociado con rubor facial, eritema, artralgias y mialgias. Acompañado en ocasiones de anorexia, náuseas, vómitos, hepatomegalia, sangrado de las mucosas y petequias que constituyen signos de alarma⁴.

Un 2-5% de pacientes va a la fase crítica 24 a 48 horas después de la resolución de la fiebre, caracterizada por incremento de la permeabilidad capilar, del hematocrito con o sin sangrado, choque, insuficiencia respiratoria y disfunción multiorgánica⁴.

La OMS en el 2009 modificó la clasificación del dengue en: dengue sin signos de alarma, dengue con signos de alarma y dengue grave cuando existe fallo orgánico^{2,5,6}.

El 60-80% de los pacientes cursa una enfermedad subclínica y son susceptibles de enfermedad grave los extremos etarios, mujeres embarazadas y pacientes con comorbilidades^{2,3}.

El dolor abdominal es un síntoma común en el dengue (40%) y está asociado a hepatitis, colecistitis acalculosa aguda, pancreatitis aguda y colitis³.

La pancreatitis aguda cursa con dolor abdominal y sus causas más comunes son de origen biliar y alcohólica, las infecciosas menos frecuentes. La incidencia

de pancreatitis aguda por dengue es variable: entre el 0.8 y el 14% de los casos¹.

La pancreatitis aguda por dengue puede producirse por invasión directa del virus, por mecanismos autoinmunes o como complicaciones de un estado de choque en dengue grave¹.

Presentamos un caso poco común de dengue grave con choque y pancreatitis aguda en un paciente oncológico tras una visita corta a una zona endémica de dengue, de difícil diagnóstico y con pruebas iniciales negativas.

Caso clínico

Paciente de sexo masculino de 74 años residente en zona urbana con antecedentes de linfoma del manto variante clásica EC IVb en controles, culmina hace dos años dos líneas reducidas de quimioterapia por enfermedad renal crónica, carcinoma basocelular en piel de cara resuelto quirúrgicamente e hipotiroidismo.

Hospitalizado en zona tropical del país (región amazónica) por constipación y alza térmica de 4 días de evolución, tratado con laxantes y antipiréticos, sin mejoría, con sospecha de dengue realizan pruebas de antígenos IgG e IgM, negativos. Se asocia dolor, distensión abdominal y melenas. Por su antecedente oncológico es transferido a hospital de especialidad.

En la valoración inicial presenta signos de deshidratación, tos productiva, disnea, hemoconcentración, trombocitopenia, incremento de enzimas hepáticas y lesión renal aguda sobre enfermedad renal crónica. Es hospitalizado (Tabla 1). El ultrasonido de abdomen evidencia hepatoesplenomegalia sin compromiso de la vía biliar y en radiografía de abdomen distensión intestinal sin niveles hidroaéreos (Fig. 1). En sospecha de enfermedad icterico-hemorrágica se solicitan estudios virales, parasitarios y bacterianos (leptospirosis), e inician tratamiento antibiótico con ceftriaxona tras toma de hemocultivos. Los resultados revelan proteína NS-1 positiva, IgG e IgM para dengue negativos, antígeno de superficie para hepatitis B negativo, inmunoensayo para hepatitis C negativo, gota gruesa para *Plasmodium* spp. negativo y antígeno sérico de *Leptospira* spp. negativo. Así como estudio para COVID-19, influenza y virus sincitial respiratorio, negativos.

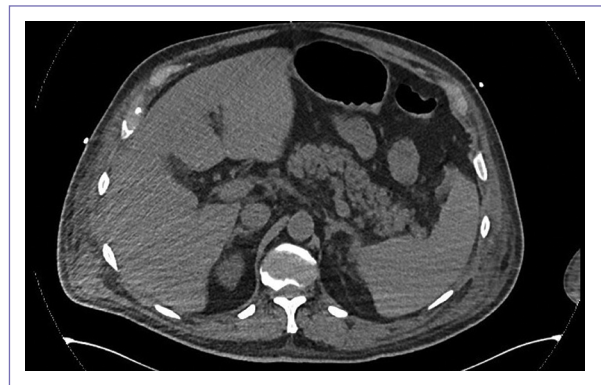
Al segundo día presenta estado de choque, persistencia de dolor abdominal localizado en hipocondrio derecho e ictericia, edemas periféricos, crepitantes pulmonares basales y eritema en tórax anterior, por lo que ingresa a terapia intensiva.

Tabla 1. Evolución de estudios paraclínicos

	Ingreso	Día 1	Día 2	Día 3	Día 4	Día 5
Hemoglobina	14.1	11.5	12.1	12.6	13.2	13.5
Hematocrito	40.70%	33.60%	34.40%	36.70%	38.90%	39.50%
Plaquetas	55,000	75,000	86,000	106,000	164,000	204,000
Leucocitos	12.69	21.48	18.49	20.92	21.01	27.37
Urea	152.7	171	172.7	197.8	201.5	165.6
Creatinina	4.58	4.65	4.65	3.7	2.62	2.02
Bilirrubinas totales	11.26	9.81	3.74	2.48	2.27	2.36
Bilirrubina directa	10.31	9.13	3.69	2.29	2.16	2.13
Aspartato aminotransferasa	92.7	66.8	66.7	74.1	80.1	76.8
Alanina aminotransferasa	91.6	66.7	55.9	65.6	w88.5	107.1
Amilasa			404	213	211	189
Lipasa			1,112.5	458.9	254.1	214.7
Procalcitonina			17.68		4.37	

**Figura 1.** Radiografía de abdomen: no se observan niveles hidroaéreos, gas en ampolla rectal.

Se cataloga el caso como choque por dengue o dengue grave según la nueva clasificación. Por empeoramiento del dolor y distensión abdominal se solicitan enzimas pancreáticas y una tomografía simple de abdomen y pelvis (Fig. 2), que reportan lipasa elevada y en imagen edema pancreático sin colecciones intraabdominales ni compromiso de la vía biliar, así como una lesión adicional en hipocondrio derecho secundaria al cáncer.

**Figura 2.** Tomografía de abdomen simple: edema pancreático leve.

Permanece durante 5 días en terapia intensiva, con reposo intestinal, sonda nasogástrica por íleo gastrointestinal e inicia dieta a las 48 horas. El choque responde a volumen, se utiliza diuréticos para manejo de fuga capilar en pulmón y tejidos blandos, sin episodios de sangrado ni necesidad transfusional. Con evolución favorable egresa a hospitalización y 12 horas después a domicilio.

Tras el alta a domicilio, el paciente continuó en controles por su afección oncológica, sin reporte de complicaciones adicionales.

Discusión

Este reporte describe el caso de un paciente oncológico con enfermedad renal crónica que presentó pancreatitis aguda por dengue. El diagnóstico fue complejo debido a una corta exposición a un área endémica de dengue en el país, con exámenes inmunológicos iniciales negativos para la enfermedad, así como su inmunocompromiso secundario al cáncer que suele cursar con cuadros febriles similares, lo cual constituyó un reto diagnóstico. Se realizaron múltiples estudios diagnósticos simultáneos para descartar otras causas de fiebre icterico-hemorrágica, así como el uso de antígenos con mayor sensibilidad y especificidad para dengue (NS-1), lo que permitió el diagnóstico². En un estudio retrospectivo señalan un retraso al diagnóstico de hasta 7.9 días (5-15 días)⁷, que no fue el caso de nuestro paciente (2 días desde la hospitalización).

Según los criterios de la OMS, el diagnóstico de dengue inicia con la sospecha clínica epidemiológica y se confirma con la determinación de anticuerpos (IgM) o antígenos (NS-1). En este caso la serología fue negativa y se identificó únicamente el antígeno. En el estudio realizado por Talwar et al. en pacientes oncológicos, la positividad de anticuerpos IgM para dengue fue del 64.28%, siendo necesario el antígeno NS-1 en el 35.72%⁷.

La negatividad de anticuerpos observada quizá está en relación con el tiempo de realización de la prueba (4 días), que corresponde al límite inferior para positividad según recomendaciones de la OMS⁸. Es llamativa la negatividad del segundo examen, que podría deberse a una reducción de la respuesta inmunitaria descrita en pacientes oncológicos por compromiso de la función de las células T y B con títulos más bajos de anticuerpos y al serotipo del virus que expresa diferentes grados de inmunidad individual^{2,9}.

El empeoramiento del dolor abdominal, con lipasa tres veces mayor el valor normal e imagen que descarta compromiso de la vía biliar, con un páncreas edematoso, llevó al diagnóstico de pancreatitis moderadamente grave según la Clasificación de Atlanta revisada¹⁰, secundaria a dengue tras descartar otras causas.

Una serie de casos realizada en Paquistán en pacientes oncológicos con dengue reportó el dolor abdominal en el 19.3% de los pacientes, sin pancreatitis. El dengue fue más frecuente en pacientes con tumores sólidos (68 vs. 32%)⁹.

La incidencia de pancreatitis aguda en dengue en diferentes estudios es variable: Nimmagadda et al. lo

reportan en el 1.33% de los pacientes, Khanna et al. en el 14.5% y Shamim et al. en el 0.8%^{1,11}. Otro estudio en pacientes oncológicos con dengue reporta una incidencia de pancreatitis aguda del 3.57%⁷.

Este caso cursa con trombocitopenia, común en la mayoría de los reportes, tanto en oncológicos como en la población general, entre el 22 y el 75% de los casos^{1,4,7,9}, con sangrado grave en el 12.9% de los pacientes⁹. Anemia en el 28% de los pacientes como parte del cuadro clínico del dengue grave¹².

El presente caso deja como enseñanza que la serología negativa no descarta infecciones endémicas icterico-hemorrágicas, por lo que es necesario realizar pruebas confirmatorias específicas. A su vez el empeoramiento del cuadro debe conducir a un estudio más exhaustivo de otras posibilidades diagnósticas, más allá de las complicaciones frecuentes como el dengue grave y el choque por dengue, ya que se pudo identificar una pancreatitis aguda secundaria y ajustar su tratamiento.

Perspectiva del paciente

Durante una entrevista con el paciente tras su egreso se mostró agradecido con el tratamiento y la atención. Se sintió incluido en la toma de decisiones y las explicaciones de la evolución de su patología.

Agradecimientos

Agradecemos al paciente y su familia por permitir la utilización de datos clínicos para la realización de este artículo.

Financiamiento

El presente reporte de caso clínico no ha recibido ninguna beca específica de agencias de los sectores públicos, comercial o con ánimo de lucro.

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 algún tipo de inteligencia artificial generativa para la redacción de este manuscrito.

Bibliografía

1. Kashyap A, Dhamala M, Dahal A, Obaidullah, Ghimire S. Dengue fever presenting with acute pancreatitis: a case report. SAGE Open Med Case Rep. 2024; 12:2050313X231225348.
2. Paz-Bailey G, Adams LE, Deen J, Anderson KB, Katzelnick LC. Dengue. Lancet. 2024;403(10427):667-82.
3. Seetharam P, Rodrigues G. Dengue fever presenting as acute pancreatitis. Eurasian J Med. 2010;42(3):151-2.
4. Flor MA, Andrade JV, Bucaram JA. Acute pancreatitis secondary to dengue fever: an uncommon presentation of a common endemic illness. Case Rep Infect Dis. 2022;2022: 2022:9540705.
5. World Health Organization, Regional Office for South-East Asia. Comprehensive guidelines for prevention and control of dengue and dengue haemorrhagic fever. Revised and expanded edition [Internet]. WHO Regional Office for South-East Asia; 2011. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/204894>
6. Srikiatkachorn A, Rothman AL, Gibbons RV, Sittisombut N, Malasit P, Ennis FA, et al. Dengue-how best to classify it. Clin Infect Dis. 2011;53(6):563-7.
7. Talwar V, Goel V, Raina S, Talwar J, Patnaik N, Doval DC. Dengue fever in cancer patients: retrospective analysis. Curr Med Res Pract. 2016;6(4):157-9.
8. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Dengue: guías para la atención de enfermos en la región de las Américas [Internet]. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud; 2016. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/dengue-guias-para-atencion-enfermos-region-americas-2a-edicion>
9. Rashid N, Sultan F, Nazeer SH, Raza A, Mahboob A. Dengue infection in cancer patients. Esculapio. 2023;10(3):138-45.
10. Foster BR, Jensen KK, Bakis G, Shaaban AM, Coakley FV. Revised Atlanta classification for acute pancreatitis: a pictorial essay. Radiographics. 2016;36(3):675-87.
11. Khanal K, Poudel S, Ghimire A, Regmi A, Bhattarai R, Pandey A. Dengue fever presenting as acute pancreatitis: a case series. J Adv Intern Med. 2023;11(2):60-3.
12. Ghweil AA, Osman HA, Khodeary A, Okasha A, Hassan MH. Relative frequency of acute pancreatitis from dengue outbreaks as a late complication, in Egypt. Virusdisease. 2019;30(4):498-503.