

Perfil clínico y de laboratorio del dengue en niños durante el brote 2023-2024 en Buenos Aires, Argentina

Florencia Escarrá¹, María C. Ravina², Marcela López Yunes¹, Cristina Videla³, Alicia Lucero³, Camila Parellada², Dolores Luciani², Santiago Vidaurreta² 

RESUMEN

Introducción. El dengue presenta un espectro clínico amplio en pediatría y existe información limitada sobre su curso en población infantil. Durante 2023-2024, se produjo la mayor epidemia de dengue en Argentina.

Objetivo. Describir las manifestaciones clínicas y alteraciones hematológicas y bioquímicas en pacientes pediátricos con dengue confirmado, y comparar los resultados por subgrupos etarios.

Población y métodos. Estudio retrospectivo, observacional, analítico en menores de 17 años con dengue confirmado por RT-PCR o IgM, atendidos entre el 1 de julio de 2023 y el 30 de junio de 2024 en un hospital general de tercer nivel de gestión privada. Se analizaron variables clínicas, bioquímicas y hematológicas, comparando subgrupos por edad (<13 vs. ≥13 años).

Resultados. Se incluyeron 383 pacientes. El 86,4 % presentó dengue sin signos de alarma y el 13,6 % con signos de alarma. Los síntomas más frecuentes fueron fiebre, cefalea y mialgias. Las alteraciones de laboratorio más comunes fueron leucopenia, trombocitopenia y elevación de transaminasas. Los pacientes ≥13 años presentaron mayor frecuencia de signos de alarma y alteraciones hematológicas. La mayoría se trató ambulatoriamente; solo el 1,8 % requirió internación. No se registraron pacientes con dengue grave ni fallecimientos.

Conclusiones. La leucopenia temprana y la trombocitopenia fueron los hallazgos más frecuentes. El grupo de ≥13 años presentó mayor proporción de dengue con signos de alarma.

Palabras clave: virus del dengue; niño; pediatría; enfermedades transmitidas por mosquitos.

doi (español): <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2025-10841>
doi (inglés): <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2025-10841.eng>

Cómo citar: Escarrá F, Ravina MC, López Yunes M, Videla C, Lucero A, Parellada C, et al. Perfil clínico y de laboratorio del dengue en niños durante el brote 2023-2024 en Buenos Aires, Argentina. Arch Argent Pediatr. 2025;e202510841. Primero en Internet 20-NOV-2025.

¹ Servicio de Infectología Pediátrica; ² Servicio de Pediatría; ³ Laboratorio de Virología; Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas Norberto Quirno (CEMIC), Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Correspondencia para Florencia Escarrá: florescarra@gmail.com

Financiamiento: Ninguno.

Conflicto de intereses: Ninguno que declarar.

Recibido: 5-8-2025

Aceptado: 22-9-2025



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Atribución-No Comercial-Sin Obra Derivada 4.0 Internacional. Atribución — Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio se debe reconocer y citar al autor original. No Comercial — Esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso. Sin Obra Derivada — Si remezcla, transforma o crea a partir del material, no puede difundir el material modificado.

INTRODUCCIÓN

El virus del dengue, de la familia *Flaviviridae*, es transmitido por mosquitos *Aedes*, principalmente *Aedes aegypti*, predominante en áreas urbanas con mayor actividad en meses cálidos.¹

En las Américas, los casos de dengue durante 2024 alcanzaron cifras sin precedentes. Hasta la semana epidemiológica (SE) 23, se registraron 9 386 082 casos en la región, el doble que en 2023.²

En Argentina, durante el período del presente estudio, se identificaron tres serotipos en casos autóctonos, con predominio de DEN-2 (81 %), DEN-1 (18,9 %) y casos aislados de DEN-3 detectados a comienzos de 2024.³

Aedes aegypti fue documentado por primera vez en el país en 1995 y los primeros casos autóctonos de dengue se confirmaron en Buenos Aires en 2009.⁴ Desde entonces, se registraron brotes de creciente magnitud. En 2023 y 2024, ocurrió la mayor epidemia de dengue, con 583 297 casos sospechosos a nivel nacional,³ de los cuales 53 630 fueron en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA).⁵

En menores de 20 años, se notificaron 157 805 casos en 2023-2024. De ellos, 333 (0,21 %) fueron dengue grave y se reportaron 44 defunciones (letalidad específica: 0,03 %).³

Existe escasa literatura científica sobre aspectos clínicos y bioquímicos del dengue en la edad pediátrica; esto dificulta el desarrollo de herramientas clínicas para la detección precoz y el abordaje adecuado.

OBJETIVOS

Describir las manifestaciones clínicas y alteraciones hematológicas y bioquímicas en pacientes pediátricos con dengue confirmado, y comparar los resultados por subgrupos etarios.

POBLACIÓN Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, observacional analítico. Se incluyeron menores de 17 años atendidos en el Hospital Universitario CEMIC entre el 1 de julio de 2023 y el 30 de junio de 2024. Se excluyeron pacientes con diagnóstico concomitante de otras enfermedades febriles agudas.

Definiciones

Se utilizaron las definiciones establecidas por las guías del Ministerio de Salud de Argentina y la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Caso de dengue confirmado: pacientes con una reacción en cadena de la polimerasa con transcripción inversa (RT-PCR) positiva para dengue dentro de los primeros 5 días del inicio de síntomas, o con inmunoglobulina M específica para dengue luego del quinto día de inicio de los síntomas, durante los meses de circulación de dengue en CABA.

Caso de dengue con signos de alarma: presencia de uno o más de los siguientes: dolor abdominal intenso y sostenido; vómitos persistentes; derrame seroso (en el peritoneo, la pleura o el pericardio) detectado por clínica, por laboratorio (hipoalbuminemia) o por imágenes (ecografía de abdomen o radiografía de tórax); sangrado de mucosas; cambio en el estado mental del paciente (somnolencia o irritabilidad); hepatomegalia mayor de 2 cm; incremento brusco del hematocrito concomitante con rápida disminución del recuento de plaquetas.

Caso de dengue grave: uno o más de los siguientes: extravasación grave de plasma, expresada por la presencia de *shock* hipovolémico y/o por dificultad respiratoria debida al exceso de líquidos acumulados en el pulmón; hemorragias graves; la afectación de órganos: hepatitis grave (transaminasas superiores a 1000 UI/L), encefalitis o afectación grave de otros órganos, como la miocarditis.

En cuanto a los resultados hematológicos, se definió aumento brusco del hematocrito como aumento >10 % respecto al valor basal durante la evolución de la enfermedad, leucopenia como recuento de leucocitos <4000/mm³, neutropenia como recuento de neutrófilos <1000/mm³, trombocitopenia como recuento de plaquetas <150 000/mm³, aumento de las enzimas hepáticas, transaminasa glutámico-oxalacética (*glutamic oxaloacetic transaminase*; GOT, por sus siglas en inglés) y/o transaminasa glutámico-pirúvica (*glutamate pyruvate transaminase*; GPT, por sus siglas en inglés) >40 UI/L.

La detección molecular se realizó mediante qRT-PCR cualitativa (Altona Diagnostics) empleada en el sistema cobas Z480 (Roche), previa extracción automatizada de ácidos nucleicos (Bioer). Se usaron muestras de suero de pacientes con hasta 7 días desde el inicio de los síntomas. En pacientes con más de 5 días de evolución, se realizó serología para detección de anticuerpos IgG e IgM anti-DENV mediante ensayo inmunoenzimático (ELISA) comercial (DIA.PRO) además de la PCR. A partir del séptimo día, se realizó únicamente serología.

El análisis estadístico de datos se realizó con el programa Stata 13®. Las variables continuas se resumieron en mediana y rango intercuartílico (RIC) y las categóricas, en porcentaje y frecuencia. Para evaluar la asociación entre variables sociodemográficas, clínicas y de laboratorio según el grupo etario (<13 años versus 13 años o más), se utilizó la prueba de chi-cuadrado (χ^2) o la prueba exacta de Fisher, según correspondiera. Se consideró un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo. La recolección y el análisis de datos se realizaron retrospectivamente, garantizando la confidencialidad y el anonimato de pacientes y sus familias. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación de CEMIC (Código de registro 13615, 21/10/2024).

RESULTADOS

Entre el 1 de julio de 2023 y el 30 de junio de 2024 se confirmaron 383 casos de infección por dengue en pacientes menores de 17 años atendidos en el Hospital Universitario CEMIC: 381 casos (99,5 %) fueron diagnosticados mediante RT-PCR y 2 (0,5 %), por detección serológica de IgM específica para dengue. No se realizó tipificación de serotipos virales.

La mediana de edad fue de 11,6 años (rango: 1 mes a 17 años, RIC 9-14). Se observó un predominio del sexo masculino (58 %).

La media de días entre el inicio de síntomas y la primera consulta fue de 2,6, con una mediana

de 2 (rango: 0-7, RIC 2-4). El 22,7 % de los pacientes consultó con menos de 2 días de evolución de síntomas.

Respecto a las comorbilidades reportadas con riesgo de desarrollar dengue grave, se identificaron asma ($n = 7$) y obesidad ($n = 3$).

En cuanto a las manifestaciones clínicas, el 99,7 % presentó fiebre y el 77,8 %, cefalea. La distribución detallada de los signos y síntomas clínicos se presenta en la *Tabla 1*.

En los análisis de laboratorio realizados durante la primera consulta, el hallazgo más frecuente fue la leucopenia, presente en el 65,8 % de los pacientes. Esta alteración fue especialmente prevalente durante los primeros cinco días desde el inicio de los síntomas, con una frecuencia del 72,4 % en las biometrías hemáticas realizadas en ese período (considerando múltiples determinaciones en algunos pacientes). A lo largo de la evolución clínica, el 84,9 % presentó leucopenia en al menos una determinación.

La neutropenia fue identificada en el 19,4 % en la primera biometría hemática, y en el 48,6 % de los pacientes en algún momento de la evolución. La trombocitopenia se documentó en el 30,4 % en el laboratorio inicial y en el 57,6 % durante el curso de la enfermedad.

Entre los 316 pacientes que contaban con al menos dos controles hematológicos, 22 casos (6,96 %) presentaron un aumento del hematocrito mayor al 10 % respecto del valor basal. En 15 de

TABLA 1. Manifestaciones clínicas en pacientes pediátricos con dengue ($n = 383$)

Síntoma	n (%)
Fiebre	382 (99,7)
Cefalea	298 (77,8)
Mialgias	244 (63,7)
Malestar general	187 (48,8)
Exantema	154 (40,2)
Náuseas	140 (36,5)
Dolor retroocular	136 (35,5)
Dolor abdominal	121 (31,5)
Vómitos	118 (30,8)
Diarrea	110 (28,7)
Artralgias	104 (27,1)
Astenia	94 (24,5)
Anorexia	80 (20,8)
Dolor de espalda	70 (18,2)
Prurito	40 (10,4)
Epistaxis	31 (8)
Inyección conjuntival	21 (5,4)
Petequias	7 (1,8)
Gingivorragia	6 (1,5)

estos pacientes, el aumento se acompañó de un descenso brusco del recuento plaquetario, criterio considerado como signo de alarma.

Se observó aumento de la GOT (>40 UI/L) en el 62 % de los pacientes (mediana: 62 UI/L, rango: 11-935). La GPT fue >40 UI/L en el 37,5 % (mediana: 47 UI/L, rango: 0-685).

El valor más bajo del recuento de leucocitos se registró entre los días 3 y 5 desde el inicio

de los síntomas (mediana $3055/\text{mm}^3$, rango: 1260 - $11\,070/\text{mm}^3$). La recuperación de valores normales se observó entre los días 7 y 15 de evolución clínica (*Figura 1*).

El nadir del recuento plaquetario se observó entre los días 6 y 7 de la enfermedad (mediana: $140\,624/\text{mm}^3$, rango: $10\,000$ - $285\,000/\text{mm}^3$). La normalización de las plaquetas se produjo entre los días 8 y 16 de evolución clínica (*Figura 2*).

FIGURA 1. Variaciones en el valor de leucocitos según los días de evolución

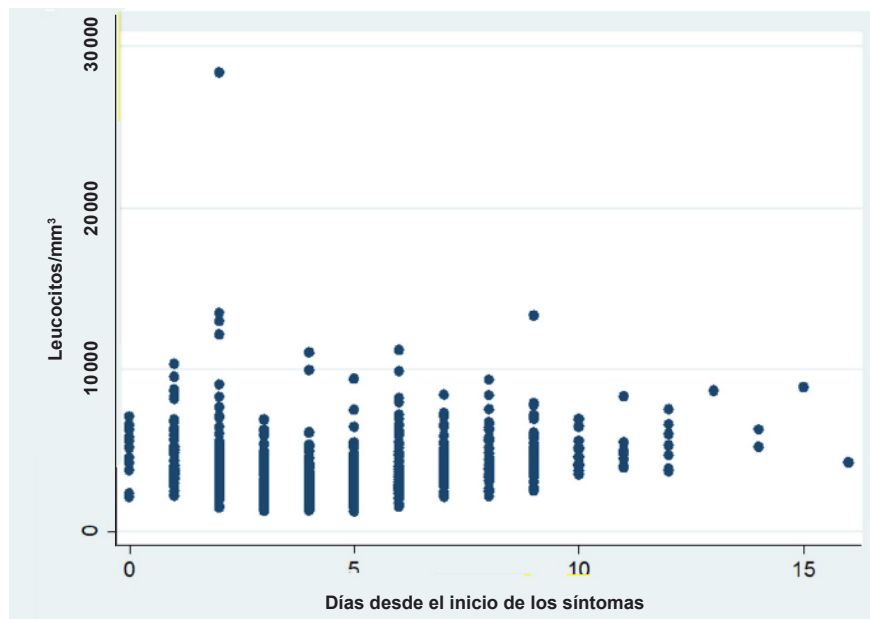
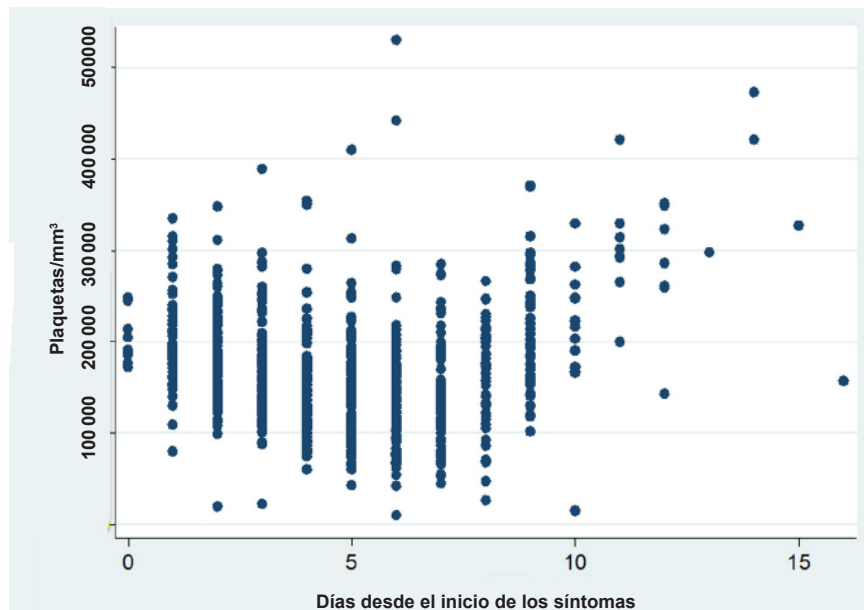


FIGURA 2. Variaciones en el valor de plaquetas según los días de evolución



La presentación clínica más frecuente fue la de dengue sin signos de alarma, observada en 331 pacientes (86,4 %). En 52 pacientes (13,6 %), se identificaron signos de alarma, y no se registró ningún paciente con dengue grave.

Entre los 52 pacientes con signos de alarma, se describen los siguientes hallazgos clínicos. De los que presentaron sangrado de mucosas: 31 (59,6 %) presentaron epistaxis; 6 (11,5 %), gingivorragia; y 4 (7,7 %), metrorragia. En 15 (28,8 %), se detectó incremento brusco del hematocrito acompañado de descenso abrupto en el recuento plaquetario. Seis (11,5 %) sufrieron vómitos persistentes y 3 (5,7 %), dolor abdominal intenso y sostenido. No se registraron derrames serosos, cambios en el estado mental ni hepatomegalia.

La gran mayoría de los pacientes fueron tratados en forma ambulatoria, sin necesidad de internación ni observación prolongada.

Nueve de 383 pacientes (2,35 %) requirieron observación <24 horas. De estos, 8 pacientes presentaban signos de alarma, mientras que 1 caso fue observado por presentar hipotermia. Todos recibieron hidratación intravenosa según las recomendaciones de la OMS.

En cuanto a las internaciones, 7 pacientes (1,8 %) requirieron hospitalización en sala general: 6 recibieron tratamiento de sostén por signos de alarma (1 con dolor abdominal, aumento de hematocrito y descenso brusco de plaquetas; 1 con gingivorragia, aumento de hematocrito y descenso brusco de plaquetas; 1 por metrorragia; 1 por metrorragia y aumento de transaminasas, y 1 por vómitos y epistaxis).

Un paciente de 36 días de vida requirió transfusión de plaquetas por trombocitopenia grave (10 000/mm³).

Todos los pacientes internados evolucionaron sin complicaciones.

Solo 3 pacientes reportaron antecedentes de infección previa por dengue. Aunque uno de ellos presentó epistaxis, todos fueron tratados de forma ambulatoria y evolucionaron favorablemente. No hubo fallecidos.

Se realizó un análisis comparativo por subgrupos etarios, dividiendo la muestra entre pacientes <13 años (n = 199) y ≥13 años (n = 184), con el objetivo de evaluar diferencias clínicas y de laboratorio según la edad.

En relación con las manifestaciones clínicas, los ≥13 años presentaron diferencia estadísticamente significativa en mialgias (72,8 % vs. 55,3 %, $p < 0,001$), dolor retroocular (41,3 %

vs. 30,2 %, $p = 0,023$), dolor de espalda (23,9 % vs. 13,1 %, $p = 0,006$) y malestar general (54,3 % vs. 43,7 %, $p = 0,038$). Los demás síntomas no mostraron diferencias significativas.

Los pacientes ≥13 años presentaron una mayor frecuencia de alteraciones hematológicas y bioquímicas en comparación con los de menor edad, con diferencias estadísticamente significativas en leucopenia (90,8 % vs. 79,4 %, $p = 0,002$), neutropenia (54,9 % vs. 42,7 %, $p = 0,017$), plaquetopenia (69,6 % vs. 46,7 %, $p < 0,001$) y GPT >40 UI/L (48,6 % vs. 27,3 %, $p < 0,001$).

El dengue con signos de alarma fue significativamente más frecuente en el grupo de ≥13 años, con una incidencia del 17,9 % comparado con el 9 % en menores de 13 años ($p = 0,011$).

DISCUSIÓN

El dengue es una enfermedad con un amplio espectro clínico que abarca desde formas asintomáticas a casos fatales. El dengue clásico con fiebre, cefalea, dolor retroocular, mialgias, artralgias y exantema es más frecuente en niños mayores y adolescentes. A menor edad, el cuadro clínico puede ser más inespecífico y confundirse con otros síndromes febriles.

Durante el brote 2023-2024, Argentina registró una incidencia 3,4 veces superior a la del período anterior y 8,6 veces mayor que 2019-2020.³ Este cambio tiende a desplazar los casos hacia la población pediátrica a medida que la inmunidad en adultos aumenta. En este sentido, la proporción de dengue grave en menores de 20 años fue del 0,21 %. En nuestra serie, no se registraron casos de dengue grave.

Los pacientes analizados presentaron fiebre, cefalea y mialgias, seguidas en frecuencia por malestar general, exantema y náuseas. En otras series pediátricas, los síntomas más comunes fueron fiebre (99-100 %), cefalea (56-84 %), mialgias (42-63 %) y exantema (51-67 %).⁶⁻¹⁰ El dolor retroocular, presente en aproximadamente un tercio de los pacientes, fue significativamente menos común en los menores de 13 años de este estudio. Aunque es considerado un síntoma cardinal, su ausencia no debería alejar la sospecha clínica, especialmente en los más pequeños.

Las alteraciones más frecuentes en el análisis de laboratorio fueron la leucopenia,¹¹ seguida de trombocitopenia, y la elevación de transaminasas, con predominio de la GOT. Estos hallazgos

coinciden con estudios previos en población pediátrica, que describen compromiso hepático leve a moderado, atribuible tanto al efecto citopático viral directo como a mecanismos inmunomediados.¹² En nuestra cohorte, estas alteraciones fueron más frecuentes en adolescentes, quienes también presentaron más casos con GPT elevada (>40 UI/L), leucopenia y neutropenia.

Tal como se ha descrito en la evolución natural de la enfermedad, la trombocitopenia y el aumento de transaminasas se acentuaron en la fase posfebril (4-7 días desde el inicio de síntomas), lo que refuerza el valor del seguimiento clínico y de laboratorio seriado, debido al riesgo de extravasación plasmática y progresión a formas graves.

Los signos de alarma fueron más frecuentes en los pacientes ≥ 13 años, en especial la hemoconcentración, hallazgo concordante con series que analizaron adolescentes y adultos jóvenes.¹³ Esto podría explicarse por diferencias fisiológicas como la composición corporal, la volemia relativa o hábitos de hidratación menos adecuados en este grupo etario.

Solo el 13,6 % de los niños presentó signos de alarma para dengue grave; una cifra menor que la reportada en otras series pediátricas (30-50 %). Esta diferencia podría atribuirse a un contexto epidemiológico no endémico, como el del área metropolitana de Buenos Aires, con alto nivel de alerta tanto institucional como comunitario, acceso oportuno al sistema de salud y una población pediátrica con vigilancia estrecha por parte de sus cuidadores que motivó la consulta precoz —con una mediana de 2 días desde el inicio de los síntomas— y permitió instaurar seguimiento clínico y de laboratorio protocolizado, especialmente durante la fase crítica. El protocolo institucional incluía controles clínicos, hematológicos y bioquímicos en días alternos, con énfasis a las 48 horas de la defervescencia febril.

En otros casos, debido a la saturación del sistema y demoras en la recepción de resultados, los pacientes completaron la evolución de forma favorable antes de que se detectaran los signos de alarma.

En marzo de 2025 se publicó un nuevo protocolo de atención pediátrica,¹⁴ en el que los signos de alarma hemorrágicos se definen como sangrados mucosos persistentes. Según esta nueva clasificación, varios pacientes de esta serie no habrían sido categorizados como casos con

signos de alarma, al tratarse de episodios únicos y autolimitados.

La vacuna tetravalente contra el dengue, recientemente aprobada en Argentina, no se encontraba incorporada al Calendario Nacional de Vacunación durante 2023-2024 y su utilización en el sector privado fue excepcional. En este contexto, aunque no disponemos de registros individuales, es razonable asumir que la cohorte analizada corresponde a una población no vacunada.

Entre las fortalezas de este estudio, se destaca el gran número de casos pediátricos con diagnóstico confirmado por laboratorio y el análisis detallado de la evolución clínica y de los resultados de laboratorio. Entre sus limitaciones, cabe mencionar que la población estudiada proviene de un hospital de gestión privada, lo que podría impedir la generalización de los resultados a otros sectores con menor acceso al sistema de salud, diferentes características sociodemográficas y hábitos de consulta.

En escenario de alta circulación de dengue y saturación del sistema de salud, es importante mantener un alto índice de sospecha ante todo paciente febril, en especial si presenta leucopenia y en segunda instancia plaquetopenia, aun en ausencia de signos de alarma. Esto permite implementar un adecuado manejo clínico, anticipar complicaciones y realizar el aislamiento preventivo hasta lograr la confirmación etiológica.

CONCLUSIÓN

La leucopenia temprana y la trombocitopenia fueron los hallazgos más frecuentes. El grupo de mayores de 13 años presentó mayor proporción de dengue con signos de alarma. ■

REFERENCIAS

1. Argentina. Ministerio de Salud. Guía de Práctica Clínica sobre diagnóstico y tratamiento de dengue: Adaptación de las Directrices para el diagnóstico clínico y el tratamiento del dengue, el chikunguña y el zika de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Noviembre de 2024. Argentina. [Consulta: septiembre de 2025]. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/09/gpc_dengue_vc_1012025.pdf
2. Organización Panamericana de la Salud. Actualización epidemiológica: Aumento de casos de dengue en la Región de las Américas. SE 23, junio 2024. Disponible en: <https://www.paho.org/sites/default/files/2024-06/2024-junio-18-phe-actualizacion-dengue-es-final2.pdf>
3. Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. Boletín Epidemiológico Nacional. 2024;SE 32(717). Buenos Aires: Ministerio de Salud; 2024. [Consulta: septiembre de 2025]. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/04/ben_717_se_32_1982024-vf.pdf
4. Tittarelli E, Lusso SB, Goya S, Rojo GL, Natale MI, Viegas M,

- et al. Dengue Virus 1 Outbreak in Buenos Aires, Argentina, 2016. *Emerg Infect Dis.* 2017;23(10):1684-5. doi: 10.3201/eid2310.161718.
5. Argentina. Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires. Boletín Epidemiológico Semanal. 2024; SE 12(412). Buenos Aires: GCBA; 2024. [Consulta: septiembre de 2025]. Disponible en: <https://buenosaires.gob.ar/salud/boletines-epidemiologicos-semanales-2024>
 6. Cazes CI, Carballo CM, Praino ML, Ferolla FM, Mistchenko A, Contrini MM, et al. Brote epidémico de dengue en la Ciudad de Buenos Aires, 2016: características clínicas y hematológicas de la infección en una población pediátrica. *Arch Argent Pediatr.* 2019;117(1):e63-7. doi: 10.5546/aap.2019.e63.
 7. Fiora MB, Gonzalez ML, Aguirre JP, Bacigalupo A, Garnero A, Rosa AM, et al. estudio observacional de las características clínicas, epidemiológicas y de laboratorio en pacientes pediátricos con dengue de la ciudad de Córdoba. *Arch Argent Pediatr.* 2024;122(1):e202202972. doi: 10.5546/aap.2022-02972.
 8. Berberian G, Pérez G, Mangano A, Borgnia D, Buchovsky A, Costa M, et al. Dengue más allá del trópico: estudio de series temporales 2015-2016 versus 2019-2020 en un hospital pediátrico de la Ciudad de Buenos Aires. *Arch Argent Pediatr.* 2022;120(6):384-90. doi: 10.5546/aap.2022.384.
 9. Islam S, Khan MAS, Badal MFA, Khan MZI, Gozal D, Hasan MJ. Clinical and hematological profiles of children with dengue residing in a non-endemic zone of Bangladesh. *PLoS Negl Trop Dis.* 2022;16(10):e0010847. doi: 10.1371/journal.pntd.0010847.
 10. Yesmin S, Ahammad AM, Sarmin S, Rafi MA, Islam S, Hasan MJ. Clinical Profile of Pediatric Cases of Dengue during the 2019 Epidemic in Bangladesh: A Multicenter Cross-Sectional Study. *Mymensingh Med J.* 2023;32(2):502-9.
 11. Hammond SN, Balmaseda A, Pérez L, Tellez Y, Saborío SI, Mercado JC, et al. Differences in dengue severity in infants, children, and adults in a 3-year hospital-based study in Nicaragua. *Am J Trop Med Hyg.* 2005;73(6):1063-70.
 12. Trung DT, Thao LTT, Hien TT, Hung NT, Vinh NN, Hien PTD, et al. Liver involvement associated with dengue infection in adults in Vietnam. *Am J Trop Med Hyg.* 2010;83(4):774-80. doi: 10.4269/ajtmh.2010.10-0090.
 13. Souza LJ, Pessanha LB, Mansur LC, Souza LA, Ribeiro MB, Silveira Mdo V, et al. Comparison of clinical and laboratory characteristics between children and adults with dengue. *Braz J Infect Dis.* 2013;17(1):27-31. doi: 10.1016/j.bjid.2012.08.020.
 14. Atención y seguimiento de niños y adolescentes con dengue sin signos de alarma: Protocolo de Implementación. Ministerio de Salud Argentina. Marzo 2025. [Consulta: julio de 2025]. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/09/2025-3-protocolo_ninos_y_adolescentes_dengue.pdf