Arch Argent Pediatr. 2026;124(4):e202510815

Dengue en niños y adolescentes con enfermedad oncohematológica: serie de casos

María A. Rodríguez[1], María B. Leone[1], Micaela Muras[1], María S. Sznitowski[1], Marta Lavergne[1], Eliana Laurino[1]

RESUMEN

El dengue es una enfermedad viral transmitida principalmente por el mosquito *Aedes aegypti*. Argentina presenta un patrón epidémico con aumento significativo en los últimos años. Los pacientes pediátricos con enfermedades oncohematológicas son especialmente vulnerables debido a su inmunosupresión, lo que puede predisponer a cuadros graves. Este reporte presenta cinco casos clínicos de pacientes pediátricos con enfermedad oncohematológica que cursaron infección por dengue, lo que ilustra la variabilidad en su presentación clínica. La sintomatología fue heterogénea: desde formas leves hasta cuadros graves con falla hepática, sangrados y requerimiento de cuidados intensivos.

La identificación precoz, el monitoreo estrecho y el enfoque interdisciplinario resultan claves en el manejo. Esta serie de casos refuerza la necesidad de vigilancia clínica activa ante fiebre en contexto epidemiológico, incluso en ausencia de síntomas típicos.

Palabras clave: *dengue; pediatría; inmunosupresión; neoplasias hematológicas.*

doi (español): http://dx.doi.org/10.5546/aap.2025-10815
doi (inglés): http://dx.doi.org/10.5546/aap.2025-10815.eng

Cómo citar: Rodríguez MA, Leone MB, Muras M, Sznitowski MS, Lavergne M, Laurino E. Dengue en niños y adolescentes con enfermedad oncohematológica: serie de casos. *Arch Argent Pediatr.* 2026;124(4):e202510815.

[1] Hospital General de Niños Pedro de Elizalde, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

***Correspondencia para** María A. Rodríguez: antoo.rodriguez@hotmail.com*

***Financiamiento**: Ninguno.*

***Conflicto de intereses**: Ninguno que declarar.*

***Recibido**: 15-7-2025*
***Aceptado**: 31-10-2025*

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 dengue es una enfermedad infecciosa causada por el virus del dengue (DENV), perteneciente a la familia *Flaviviridae*, de la cual se reconocen cuatro serotipos que afectan al ser humano (DENV1-DENV4). La transmisión ocurre a través de mosquitos del género *Aedes*, principalmente *aegypti*.[1]

En Argentina presenta un comportamiento epidémico con aumento de casos durante los meses cálidos. Según el Boletín Epidemiológico Nacional del Ministerio de Salud de la Nación, en la temporada 2023-2024 se notificaron más de 580 000 casos, con una incidencia acumulada de 1239 por 100 000 habitantes; se triplicaron los registros del período anterior.[2]

En el mismo intervalo, el Hospital General de Niños Pedro de Elizalde confirmó 205 casos, de los cuales cinco correspondieron a pacientes con enfermedad oncohematológica internados durante el primer cuatrimestre de 2024.

Se trata de una infección viral sistémica, potencialmente grave. En pacientes con enfermedad oncohematológica, la presentación clínica puede semejar la de individuos inmunocompetentes, con un espectro que abarca desde formas asintomáticas hasta cuadros hemorrágicos o de *shock*. Manifestaciones como fiebre, exantema, trombocitopenia y alteración del hepatograma pueden confundirse con efectos adversos del tratamiento antineoplásico o con otras complicaciones infecciosas, como la neutropenia febril de origen bacteriano, viral o fúngico.[1]

Diversos reportes internacionales describen presentaciones clínicas variables de dengue en pacientes con enfermedad oncohematológica, incluidos aquellos con antecedentes de trasplante.[3-7] En este contexto, se presenta la experiencia local de cinco pacientes pediátricos con enfermedad oncohematológica que cursaron infección por dengue, con el objetivo de describir su evolución clínica y aportar información para el abordaje de esta población.

CASO CLÍNICO 1

Niña de 12 años con diagnóstico de leucemia linfoblástica aguda tipo B de alto riesgo, en fase de consolidación. Recibió el último ciclo de quimioterapia diez días antes de la internación. Ingresó por neutropenia febril de alto riesgo asociada a mucositis grado II y plaquetopenia con requerimiento transfusional (*Tabla 1*). Se indicó antibioticoterapia empírica de amplio espectro, con ajuste del esquema ante la progresión de la mucositis y la aparición de disfagia.

Al quinto día de internación, ante la persistencia de fiebre sin foco evidente, se solicitó panel para dengue. La IgM resultó positiva y la reacción en cadena de la polimerasa (PCR), negativa, lo que confirmó la infección. El laboratorio mostró leucopenia y plaquetopenia persistente.

Al décimo día persistía febril y se agregó dolor abdominal. La ecografía fue normal. El hepatograma mostró elevación progresiva de transaminasas y alteración del coagulograma (*Tabla 1*). Evolucionó con insuficiencia hepática, compromiso neurológico e hipoxemia; requirió ingreso a unidad de cuidados intensivos pediátricos con asistencia respiratoria mecánica durante siete días e inotrópicos durante cinco.

Tabla 1. Parámetros de laboratorio

Parámetro	Caso 1			Caso 2		Caso 3			Caso 4		Caso 5		
	D1	D5	D10	D1	D3	D1	D3	D8	D1	D3	D1	D8	D30
GB (cél./mm³)	1400	700	3100	6000	3200	4400	3000	2300	550	3980	1200	2500	4300
Neutrófilos (%)	88	–	95	75	41	74	78	44	–	84	30	73	60
Linfocitos (%)	11	–	2	7	27	20	2	48	–	6	70	19	38
Hb (g/dL)	7,6	7,8	9,6	12	12,6	9,2	7,8	9	9,6	9,8	7	7,8	8,9
Hto (%)	22	23	28	35.2	37	27	23	27	29.8	30	21	23.4	27
Plaquetas (×10³/µL)	5	5	10	204	170	426	435	542	132	98	206	60	30
PCR (mg/L)	83	45	80	8.1	–	42	30	3	6	1	49	140	70
GOT (U/L)	47	33	1455	26	25	33	22	28	47	48	102	100	32
GPT (U/L)	59	50	1300	32	30	21	14	20	21	23	92	80	20

D: día; GB: glóbulos blancos; Hb: hemoglobina; Hto: hematocrito; PCR: proteína C reactiva; GOT: transaminasa glutámico oxalacética; GPT: transaminasa glutámico pirúvica.

Durante la internación presentó sangrado activo con requerimiento de soporte transfusional e hidroelectrolítico. El manejo fue interdisciplinario con ajustes terapéuticos según la evolución clínica y el compromiso hepático. Se mantuvo afebril, con cultivos negativos y mejoría progresiva. Retomó la quimioterapia un mes después.

CASO CLÍNICO 2

Adolescente varón de 16 años con diagnóstico reciente de tumor germinal del sistema nervioso central (último ciclo de quimioterapia veinte días antes del ingreso). Consultó por fiebre, cefalea y mialgias. Los estudios hematológicos iniciales no evidenciaron alteraciones relevantes (*Tabla 1*), por lo que se indicó antibioticoterapia empírica en el contexto de fiebre en paciente oncológico no neutropénico.

Ante la persistencia febril y el contexto epidemiológico, se solicitaron pruebas para dengue, que confirmaron infección aguda mediante detección de antígeno NS1 y PCR positivas a las 72 horas de internación. Con cultivos negativos, se suspendió la antibioticoterapia y se mantuvo tratamiento sintomático. El cuadro se clasificó como dengue sin signos de alarma.

Evolucionó favorablemente. Presentó linfopenia, leve hemoconcentración y trombocitopenia (*Tabla 1*). A las 96 horas fue dado de alta con seguimiento ambulatorio.

CASO CLÍNICO 3

Niña de 3 años con leucemia linfoblástica aguda tipo B de riesgo estándar, en fase de mantenimiento (última quimioterapia cuatro semanas antes). Consultó por fiebre sin neutropenia (*Tabla 1*). Al examen físico, presentó mucositis grado I como único hallazgo por lo que se inició antibioticoterapia empírica. A las 72 horas persistió febril y desarrolló lesiones compatibles con infección por herpes simple y celulitis en dedo índice. Se ajustó el tratamiento antimicrobiano.

Cursó su internación afebril sin rescate microbiológico. Al octavo día presentó exantema maculopapular pruriginoso generalizado. Se confirmó infección por dengue (NS1 y PCR positivas) con linfopenia como único hallazgo asociado (*Tabla 1*). Se mantuvo estable y sin signos de alarma; tras 72 horas se le otorgó el alta con seguimiento ambulatorio.

CASO CLÍNICO 4

Niña de 9 años con sarcoma de Ewing supraclavicular derecho, última quimioterapia dos semanas antes del ingreso. Se internó por neutropenia febril de alto riesgo asociada a cefalea y mialgias (*Tabla 1*). Se obtuvieron cultivos y se inició antibioticoterapia empírica. A las 72 horas, por persistir febril, se solicitó panel para dengue. Los resultados positivos para antígeno NS1 y PCR confirmaron infección aguda. El cuadro se clasificó como dengue sin signos de alarma. Evolucionó con recuperación de la neutropenia y plaquetopenia transitoria sin otras alteraciones analíticas relevantes (*Tabla 1*).

Al encontrarse afebril, sin signos de alarma y con cultivos negativos, al quinto día de internación se le otorgó el alta con seguimiento ambulatorio.

CASO CLÍNICO 5

Adolescente varón de 17 años con leucemia linfoblástica aguda tipo B en recaída extramedular reciente. Presentaba antecedentes de múltiples internaciones por complicaciones infecciosas, efectos adversos al tratamiento y mal control del dolor. Última quimioterapia siete días antes de la internación.

Ingresó por dolor intenso en rodilla izquierda con impotencia funcional y signo de la tecla positivo. Se inició analgesia intravenosa y se realizó artrocentesis diagnóstica, sin rescate microbiológico.

Al octavo día de internación presentó neumonía asociada a los cuidados de la salud, en contexto de fiebre, linfopenia, plaquetopenia y proteína C reactiva elevada (*Tabla 1*). Se inició cobertura antibiótica empírica.

Al décimo día de internación, ante la persistencia de la fiebre, plaquetopenia y dolor abdominal, considerando el contexto epidemiológico, se solicitó panel para dengue, que confirmó infección aguda mediante PCR positiva. Se clasificó como dengue con signos de alarma, con predominio de manifestaciones osteoarticulares.

El paciente evolucionó desfavorablemente, con fiebre, persistencia del dolor articular y múltiples requerimientos transfusionales. Al día 20 de internación se confirmó artritis séptica por aislamiento de *Escherichia coli* en líquido articular de la cadera derecha y se adecuó el tratamiento según antibiograma.

Posteriormente, desarrolló fascitis necrotizante por *Klebsiella pneumoniae* en muslo izquierdo, y requirió múltiples *toilettes* quirúrgicas. Tras

30 días de internación comenzó con mejoría clínica y hacia el día 40 se documentó la normalización progresiva de los parámetros de laboratorio (*Tabla 1*). Permaneció internado para completar un esquema prolongado de antibioticoterapia intravenosa por foco osteoarticular y reanudar quimioterapia.

DISCUSIÓN

La creciente incidencia de dengue en Argentina plantea un desafío en el tratamiento de pacientes inmunocomprometidos, en particular aquellos con enfermedades oncohematológicas, dada su vulnerabilidad y la heterogeneidad en la presentación clínica.[1]

De la evidencia disponible se desprende una mayor cantidad de reportes internacionales, principalmente provenientes de países asiáticos, donde se han comunicado formas clínicas variables, especialmente en pacientes con leucemia y trasplante.[3-7]

En los casos analizados, se observó una amplia variabilidad clínica, con presentaciones que abarcaron desde formas leves hasta cuadros graves (*Tabla 2*). En algunos pacientes, la presentación inicial fue atribuida al tratamiento oncológico, a la enfermedad de base o a una posible infección concomitante, lo que retrasó el diagnóstico de dengue. Este hallazgo coincide con lo descrito por Pereira *et al.*, quienes también reportaron demoras diagnósticas en pacientes con enfermedades hematológicas por motivos similares.[7]

La trombocitopenia fue el hallazgo hematológico más frecuente, presente en cuatro de los cinco pacientes, algunos con recuentos <20 000/µl y requerimiento transfusional. Este hallazgo es concordante con lo reportado por Ramzan *et al.* y Chuansumrit *et al.*, quienes describieron descensos plaquetarios marcados en pacientes con leucemia en tratamiento.[4,5]

Se observaron alteraciones hepáticas en dos pacientes, uno de ellos con insuficiencia hepática. Esto coincide con la relevancia del compromiso hepático como manifestación del dengue, independientemente del estado inmunitario. En un estudio retrospectivo nacional sobre dengue grave, el hígado fue el órgano más afectado con transaminasas >1000 U/L en el 60 % de los casos y hepatomegalia identificada como signo de alarma.[8,9]

Todos los pacientes sobrevivieron, aunque dos presentaron complicaciones graves. En particular el caso 5 cursó un cuadro complejo que no se atribuyó en forma directa a la infección por dengue. Estos resultados difieren de la mortalidad del 3,6 % reportada por Chuansumrit *et al.* y coinciden con lo informado por Ramzan *et al.* y Sharma *et al.*, quienes no registraron fallecimientos en sus cohortes de pacientes.[3-5]

Los hallazgos de esta serie aportan información sobre el comportamiento clínico del dengue en pacientes pediátricos con enfermedad oncohematológica y contribuyen a visibilizar esta presentación en el ámbito local. La infección por dengue en esta población representa un

Tabla 2. Resumen de los casos clínicos

Caso	Edad (años)	Diagnóstico oncohematológico	Confirmación de dengue	Complicaciones	Clasificación de dengue	Evolución
1	12	LLA B común AR - consolidación	IgM (+), PCR (-)	Falla hepática, ARM, TAP, sangrado activo	Dengue grave	Favorable tras cuidados intensivos
2	16	Tumor germinal SNC - 1° ciclo QT	NS1 (+), PCR (+)	Ninguna	Sin signos de alarma	Favorable, alta a las 96 horas
3	3	LLA B común RE - mantenimiento	NS1 (+)	Ninguna	Sin signos de alarma	Favorable, alta en 72 horas
4	9	Sarcoma de Ewing	NS1 (+), PCR (+)	Plaquetopenia	Sin signos de alarma	Favorable, alta en 5 días
5	17	LLA B común - recaída extramedular	PCR (+)	Artritis séptica, fascitis necrotizante	Con signos de alarma	Tórpida

LLA: leucemia linfoblástica aguda; AR: alto riesgo; RE: riesgo estándar; QT: quimioterapia; UCIP: unidad de cuidados intensivos pediátricos; PCR: reacción en cadena de la polimerasa; NS1: antígeno no estructural 1 para dengue; TAP: tubo de avenamiento pleural; ARM: asistencia respiratoria mecánica.

desafío diagnóstico que requiere sospecha precoz, seguimiento estrecho y coordinación interdisciplinaria, con el objetivo de prevenir complicaciones y reducir la morbimortalidad. ■

Agradecimientos

A la Dra. Paula Domínguez, jefa de CODEI del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

REFERENCIAS

1. Sociedad Argentina de Infectología (SADI). Dengue en pacientes oncohematológicos y en trasplante de células progenitoras hematopoyéticas (TCPH). Buenos Aires: SADI; 2024 [Consulta: 18 de mayo de 2025]. Disponible en: https://sadi.org.ar/publicaciones/1772-dengue-en-pacientes-con-neoplasias-y-en-trasplante-de-celulas-progenitoras-hematopoyeticas-tcph
2. Argentina. Ministerio de Salud. Boletín Epidemiológico Nacional. Buenos Aires: 2024. [Consulta: 11 de octubre de 2025]. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/boletin-epidemiologico-nacional/boletines-2024
3. Sharma SK, Seth T, Mishra P, Gupta N, Agrawal N, Broor S, et al. Clinical profile of dengue infection in patients with hematological diseases. *Mediterr J Hematol Infect Dis.* 2011;3(1): e2011039. doi: 10.4084/MJHID.2011.039.
4. Ramzan M, Yadav SP, Dinand V, Sachdeva A. Dengue fever causing febrile neutropenia in children with acute lymphoblastic leukemia: an unknown entity. *Hematol Oncol Stem Cell Ther.* 2013;6(2):65-7. doi: 10.1016/j.hemonc.2013.05.005.
5. Chuansumrit A, Tangnararatchakit K, Sirachainan N, Pakakasamal S, Hongeng S, Chaiyaratana W, et al. Dengue infection in hematologic-oncologic pediatric patients: aggravation of anemia and bleeding risk. *Southeast Asian J Trop Med Public Health.* 2012;43(2):311-22.
6. Visuthranukul J, Bunworasate U, Lawasut P, Suankratay C. Dengue hemorrhagic fever in a peripheral blood stem cell transplant recipient: the first case report. *Infect Dis Rep.* 2009;1(1):e3. doi: 10.4081/idr.2009.e3.
7. Pereira BB, Darrigo LG Jr, Costa TCM, Felix AC, Simões BP, Stracieri AB, et al. Prolonged viremia in dengue virus infection in hematopoietic stem cell transplant recipients and patients with hematological malignancies. *Transpl Infect Dis.* 2017;19(4):e12721. doi: 10.1111/tid.12721.
8. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Algoritmos para el manejo clínico de los casos de dengue. Washington, D.C.: OPS; 2020. [Consulta: 15 de julio de 2025]. Disponible en: https://www.paho.org/sites/default/files/2020-09/2020-cde-algoritmos-manejo-clinico-dengue.pdf
9. Sevilla ME, Bokser V, Miño L, Oks I, Amato MB, Nicolau V, et al. Dengue grave en pediatría: serie de 10 casos en Buenos Aires. *Arch Argent Pediatr.* 2025;123(4):e202410568. doi: 10.5546/aap.2024-10568.