

Dengue grave con disfunción hepatorenal

Severe Dengue with Hepatorenal Dysfunction

Edilberto Fonseca Viñales¹ <https://orcid.org/0009-0008-2628-8870>

Carlos Rafael Cabrera Pérez^{1*} <https://orcid.org/0009-0008-9194-1899>

¹ Hospital General Docente Orlando Pantoja Tamayo. Santiago de Cuba, Cuba.

*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: carlosrcp@infomed.sld.cu

RESUMEN

Se presenta el caso de un paciente masculino de 50 años, previamente sano, residente en zona endémica, que inició con cuadro febril, cefalea y mialgias. Tras automedicación y persistencia de síntomas, acudió a urgencias por vómitos y dolor abdominal y fue ingresado. Al sexto día de evolución desarrolló ictericia, coluria, oliguria progresiva, sangrado gingival, anuria y deterioro del nivel de conciencia, por lo que fue trasladado a la unidad de cuidados intensivos. Los estudios mostraron elevación marcada de transaminasas (TGO 1460 U/L, TGP 930 U/L), creatinina de 6,4 mg/dL, plaquetopenia ($35 \times 10^9/L$) y coagulopatía. La serología para dengue fue positiva (NS1 e IgM). La ecografía abdominal reveló hepatomegalia, edema perivesicular y derrame pleural bilateral. Se manejó con soporte hemodinámico (noradrenalina), hidratación controlada, plasma fresco congelado y terapia de reemplazo renal (3 sesiones de hemodiálisis). Tras 15 días, se suspendió el soporte renal y vasopresor con mejoría progresiva de la función hepática y renal. Fue dado de alta a los 21 días con función renal normal y enzimas hepáticas cercanas a lo normal. Este caso subraya la posibilidad de afectación multiorgánica grave por dengue y la importancia del manejo intensivo multidisciplinario temprano.

Palabras clave: dengue; dengue grave; insuficiencia hepática; insuficiencia renal.



Esta obra está bajo una licencia internacional [Creative Commons Atribución 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

ABSTRACT

We present the case of a 50-year-old male patient, previously healthy, residing in an endemic area, who presented with a febrile disease, headache, and myalgias. Following self-medication and persistence of symptoms, he presented to the emergency department with vomiting and abdominal pain and was admitted to hospital. On the sixth day of evolution, he developed jaundice, dark urine, progressive oliguria, gingival bleeding, anuria, and deterioration of the consciousness level, for which he was transferred to the intensive care unit. Laboratory studies showed marked elevation of transaminases (AST 1460 U/L, ALT 930 U/L), creatinine of 6.4 mg/dL, thrombocytopenia ($35 \times 10^9/L$), and coagulopathy. Dengue serology was positive (NS1 and IgM). Abdominal ultrasonography revealed hepatomegaly, perivesicular edema, and bilateral pleural effusion. Management included hemodynamic support (norepinephrine), controlled hydration, fresh frozen plasma, and renal replacement therapy (3 hemodialysis sessions). After 15 days, vasopressor and renal support were discontinued with progressive improvement of hepatic and renal function. He was discharged on day 21 with normal renal function and hepatic enzymes near normal. This case underscores the possibility of severe multi-organ involvement in dengue and the importance of early multidisciplinary intensive management.

Keywords: dengue; severe dengue; hepatic failure; renal failure.

Recibido: 23/02/2026

Aprobado: 04/05/ 2026

Introducción



Esta obra está bajo una licencia internacional [Creative Commons Atribución 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

El dengue es una arbovirosis de alta incidencia global, endémica en regiones tropicales y subtropicales. ⁽¹⁾ La infección por el virus del dengue (DENV), un flavivirus transmitido por mosquitos del género *Aedes*, puede manifestarse desde un cuadro febril inespecífico autolimitado hasta formas graves caracterizadas por extravasación de plasma, sangrado y compromiso de órganos, con riesgo vital. ⁽²⁾ La clasificación actual de la Organización Mundial de la Salud distingue entre dengue sin signos de alarma, con signos de alarma y dengue grave. ⁽³⁾

Aunque el compromiso hepático leve, manifestado por elevación de transaminasas es frecuente, la falla hepática aguda es una complicación poco reportada. ⁽⁴⁾ De forma similar, la lesión renal aguda, asociada a hipoperfusión, acción viral directa o rabdomiólisis, es un marcador de severidad que puede requerir terapia de reemplazo renal. ⁽⁵⁾ La presentación simultánea de disfunción hepática y renal grave en un mismo paciente constituye una evolución inusual y de alto riesgo. El objetivo de este trabajo es describir el caso, la evolución y el manejo de un paciente adulto con dengue grave y disfunción hepatorenal significativa.

Presentación del caso

Paciente masculino de 50 años, procedente de zona endémica para dengue, sin antecedentes patológicos personales de importancia. Inició su padecimiento actual con fiebre, cefalea intensa y mialgias, autotratándose con antipiréticos. A los 3 días, por persistencia sintomática, vómitos y dolor abdominal, acudió al hospital donde se decidió su ingreso. Al sexto día de enfermedad presentó ictericia conjuntival y cutánea, coluria, oliguria progresiva, sangrado gingival espontáneo, con evolución hacia anuria y somnolencia, lo que motivó su traslado a la unidad de cuidados intensivos (UCI).

Al ingreso en UCI, el examen físico mostró mucosas ictéricas (++), petequias, sangrado gingival, piel fría y sudorosa, disminución del murmullo vesicular en bases pulmonares, dolor a la palpación en hipocondrio derecho con hepatomegalia de 2 cm y somnolencia (Glasgow 13/15). Sus signos vitales fueron: tensión arterial 90/50 mmHg, frecuencia cardíaca 115 lpm, frecuencia respiratoria 26 rpm, temperatura



36,4 °C, saturación de oxígeno 94 % al aire ambiente. Los resultados de laboratorio al ingreso en UCI se presentan en la Tabla 1.

Tabla 1. Resultados de laboratorio al ingreso en la unidad de cuidados intensivos

Parámetros		Resultados
Hemograma	Hemoglobina	12g/dL
	Hematocrito	50%
Leucograma	Leucocitos	3,4x10 ⁹ /L
	Neutrofilos	0,35
	Linfocitos	0,63
	Monocitos	0,02
Plaquetas		35x10 ⁹ /L
Bioquímica		
TGO(AST)		1460U/L
TGP(ALT)		930U/L
Bilirrubina	Total	7.1mg/dL
	Directa	5.6mg/dL
Creatinina		6.4mg/dL
Diuresis		100ml en 24 horas
Urea		80mg/dL
Serología Dengue	NS1	Positivo
	IgM	Positivo
Coagulación	INR	2.3
	TTPa	50s
Ionograma	Na	130mmol/L
	K	5.8mmol/L

La ecografía abdominal mostró hígado aumentado de tamaño, edema perivesicular (Figura 1) y derrame pleural bilateral de mediana cuantía (Figura 2).





Fig. 1. Imagen ecográfica que muestra edema perivesicular (11/12/2025)



Fig. 2. Imagen ecográfica que muestra derrame pleural bilateral (11/12/2025)

Se estableció el diagnóstico de dengue grave con falla hepática y renal aguda. Se inició hidratación intravenosa con cristaloideos a ritmo controlado, soporte hemodinámico con noradrenalina para mantener una presión arterial media > 65 mmHg y plasma fresco congelado para corrección de la coagulopatía activa. Debido a la anuria, sobrecarga de volumen e hipercaliemia, se indicó terapia de reemplazo renal con 3 sesiones de hemodiálisis intermitente.

A los 10 días de ingreso se logró estabilidad hemodinámica y se suspendió la noradrenalina, con disminución de las transaminasas (TGO 650 U/L, TGP 520 U/L). A los 15 días se suspendió la diálisis al recuperar diuresis adecuada, con creatinina en 2,1 mg/dL e ictericia en regresión. Fue transferido a medicina interna y dado de alta a los 21 días con creatinina de 1,6 mg/dL, TGO 150 U/L, TGP 110 U/L e INR normalizado. Al mes del egreso presentaba función renal normal y enzimas hepáticas cercanas a los límites normales.



Discusión

Este caso ilustra una presentación severa de dengue con afectación hepatorenal simultánea, una complicación que, aunque individualmente descrita, resulta particularmente desafiante cuando ocurre de forma combinada. El dengue grave afecta aproximadamente al 5,0 % de los casos, lo que se caracteriza por extravasación masiva de plasma, sangrado y disfunción orgánica. ⁽²⁾ Su curso evolutivo y manifestaciones pueden variar entre poblaciones pediátricas y adultas, como se ha documentado recientemente. ⁽⁶⁾ Los mecanismos fisiopatológicos propuestos para el daño hepático incluyen la infección directa de los hepatocitos y las células de Kupffer, junto con una respuesta inmune e inflamatoria desregulada, que conduce a elevaciones marcadas de transaminasas. ⁽⁴⁾ En el caso renal, contribuyen la hipoperfusión por shock, la inflamación sistémica y posiblemente la acción viral directa. ⁽⁵⁾

La elevación de transaminasas > 1000 U/L, como se observó en nuestro paciente, es un marcador reconocido de dengue grave y se asocia con un peor pronóstico. ⁽⁴⁾ Aunque la falla hepática aguda es infrecuente (0,3% en adultos), su incidencia puede elevarse hasta 17,0 % en las formas severas. ⁽⁴⁾ De manera similar, la lesión renal aguda requiere monitorización estrecha, ya que la hipoperfusión y la inflamación pueden precipitar una necrosis tubular aguda. ⁽⁵⁾

El manejo exitoso de este paciente se basó en 3 pilares fundamentales: 1) el reconocimiento temprano de los signos de gravedad (ictericia, anuria, coagulopatía) y el ingreso inmediato a UCI; 2) el soporte hemodinámico guiado por objetivos para restaurar la perfusión tisular; y 3) el soporte orgánico específico, donde la terapia de reemplazo renal fue crucial para controlar la sobrecarga de volumen, la hipercaliemia y la acidosis, o que permite una hidratación intravenosa agresiva necesaria para la fase crítica del dengue sin precipitar edema pulmonar. El uso de plasma fresco congelado se restringió, de acuerdo con las guías, a la corrección de la coagulopatía con sangrado activo. ^(7,8)



La evolución favorable destaca la importancia de un enfoque multidisciplinario en una unidad de cuidados intensivos para el manejo de estas complicaciones. Este caso resalta que el dengue puede presentar manifestaciones multiorgánicas graves incluso en pacientes adultos sin comorbilidades previas, siendo la afectación hepática y renal, junto con derrame pleural, indicadores clínicos de máxima severidad. El tratamiento oportuno y el soporte intensivo son elementos clave para lograr una evolución favorable. Este hallazgo refuerza la necesidad de integrar el manejo clínico de los casos complejos dentro de las estrategias generales de control de la enfermedad.

Consideraciones éticas

Se obtuvo el consentimiento informado por escrito del paciente para la publicación de este caso clínico y de las imágenes asociadas. Se han eliminado todos los datos identificativos del manuscrito.

Referencias bibliográficas

- 1.Kantor IN. El dengue en Argentina y las estrategias actuales para su control. Medicina (B Aires). 2024 [citado 23/12/2025];84(4):787-90. Disponible en: https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802024000600787&lng=es
- 2.ChediaCk V, BlanCo M, Balasini C, Juárez P, González AL, et al. Dengue grave. Rev Argent Ter Intensiva. 2021 [citado 23/12/2025];38:e707. Disponible en: <https://revista.sati.org.ar/index.php/MI/es/article/view/707/856>
- 3.Pérez Díaz Y, Rodríguez Puga R, Peña López DM. El enfrentamiento al dengue como problema de salud desde el enfoque de ciencia, tecnología e innovación. Ciencia y Educación. 2025[citado 26/12/2025];6(8.1):119-31. Disponible en: <https://www.cienciayeducacion.com/index.php/journal/article/view/zenodo.18238997/21854>
- 4.Domínguez Rojas J, Cabrera Rojas L, Prado Gómez T, Atamari Anahui N. Falla hepática aguda fulminante secundario a dengue severo en un niño: reporte de un caso.



Rev Gastroenterol Perú. 2024 [citado 24/12/2025];44(2):150-4. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292024000200150&lng=es

5.Chaviano Salgado O, Pérez de la Paz A. Complicaciones inusuales del dengue. Medicentro Electrónica. 2024 [citado 26/12/2025];28(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432024000100035&lng=es

6.Reyes Pérez MA, Calero Arcos JG, García Córdova MO, Lema Montes JD. Manifestaciones clínicas y curso evolutivo del dengue grave en poblaciones pediátricas y adultas. SRS. 2025 [citado 26/12/2025];3(especial):128-36. Disponible en: <https://www.revistasinstitutoperspectivasglobales.org/index.php/sanitas/article/view/683/1381>

7.Navas Castillo JS, Guzmán Torres M, Baldizón Pernillo DK, Orellana Pinto DF, Samayoa Bran AJ. Caracterización clínica de dengue con signos de alarma y dengue grave en adultos. Hospital Roosevelt, Guatemala. Anfamed. 2024 [citado 24/12/2025];11(2):e203. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/afm/v11n2/2301-1254-afm-11-02-e203.pdf>

8.Cabezas C, Durand S. Estrategias integradas para el control del dengue en el Perú, ¿hay nuevas opciones? An Fac Med (Lima). 2024 [citado 23/12/2025];85(1):3-5. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832024000100001&lng=es

Conflicto de intereses

Se declara que no existen conflictos de interés.

Contribución de autoría

Investigación: Edilberto Fonseca Viñales, Carlos Rafael Cabrera Pérez. 50,0 %

Curación de datos: Edilberto Fonseca Viñales. 50,0 %

Redacción - Elaboración del borrador original: Edilberto Fonseca Viñales.

Redacción - Revisión y edición: Edilberto Fonseca Viñales, Carlos Rafael Cabrera Pérez.



Esta obra está bajo una licencia internacional [Creative Commons Atribución 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Supervisión: Carlos Rafael Cabrera Pérez.

Revisores: Dr. C. Nilia Escobar Yendez

Dr. C. María Eugenia García Céspedes

Corregido por: Lic. Eslaine Regalado juan

