

Afectación clínica y sintomatológica en pacientes mayores de 65 años por COVID-19



Clinical involvement and symptoms of patients older than 65 years with COVID-19

Sr. Editor:

El 31 de diciembre de 2019 se informó a la Organización Mundial de la Salud sobre un grupo de 27 casos de neumonía de etiología desconocida en Wuhan (Hubei, China), y todos los pacientes presentaban exposición a un mercado de animales vivos. Se describió que el agente causal era un nuevo virus de la familia *Coronaviridae*, posteriormente denominado SARS-CoV-2, cuyo cuadro clínico se ha nombrado COVID-19. La transmisión se da principalmente a través de secreciones infectadas por contacto directo entre la mucosa de boca, nariz u ojos con las gotas respiratorias¹. Actualmente parece que la transmisión fecal-oral sería menos prevalente². Los síntomas más frecuentes son los respiratorios: tos seca, disnea, fiebre... , similares al SARS-CoV(2002) y MERS-CoV(2012). Sin embargo, los síntomas digestivos (diarrea, náuseas, vómitos...) se han descrito con menor incidencia en diferentes series, pero algunos autores³ consideran que podrían ser signos de inicio precoz de la infección y en muchos casos la antesala a síntomas respiratorios. Otras características clínicas descritas serían: astenia/malestar general, mialgias, anorexia, odinofagia, expectoración, mareo, cefalea, disgeusia, anosmia...^{1,4}. El periodo medio de incubación es de 5-6 días (rango: 0-24 días) y la duración media desde el inicio de la enfermedad hasta la recuperación es de 2 semanas cuando es leve y de 3-6 semanas si afecta gravemente⁵.

En España el primer paciente con coronavirus se confirmó el 31 de enero en La Gomera. Desde entonces este virus se ha ido extendiendo por toda la geografía, concentrándose especialmente en Madrid. El 9 de marzo se decretó el estado de contención reforzada y desde el día 15 se amplió a estado de alarma para intentar contener la epidemia.

Presentamos una serie de casos, pertenecientes a una localidad de aproximadamente 1.100 habitantes de Castilla y León, que cuenta como interés el desarrollo cronológico desde el caso índice y el acúmulo de síntomas clínicos no respiratorios en la mayoría de las pacientes (tabla 1).

El caso índice (paciente 1) es una mujer que tras estar un mes en Madrid regresa el 7 de marzo a su pueblo, solo padece rinorrea. Se reúne habitualmente para jugar a las cartas con otras 7 amigas, y así lo hacen el 7 y 8 de marzo. Además, el 9 celebran el cumpleaños de una de ellas, habiendo por tanto contacto estrecho y exposición.

El caso 2 fue el caso guía a partir del que la médica de familia sospecha la exposición. Inicia sintomatología el 9 de marzo, en 10 días registra pérdida ponderal de 6 kg, motivo por el cual es derivada el 20 de marzo para estudio de síndrome constitucional. Precisa ingreso hospitalario por visualización en radiografía torácica de infiltrado pulmonar bilateral, sospecha COVID-19, negativo en primer test y positivo en segundo (24 de marzo).

La paciente 3 inicia clínica el día 13 de marzo, el 17 sufre síncope por el que consulta en punto de atención continuada, donde descartan organicidad. Ingresó el 21 de marzo tras acudir a urgencias hospitalarias por astenia intensa y se descubre neumonía bilateral COVID-19 positivo.

La paciente 6 presenta clínica respiratoria desde el día 12. Se realiza seguimiento telefónico hasta que 11 días después presenta disnea abrupta, requiriendo ingreso hospitalario en que detectan neumonía bilateral intersticial COVID-19 positivo.

El caso 7 padece febrícula, diarrea con tenesmo rectal, vómitos un día... Se realiza seguimiento telefónico por su médico de familia, que, tras mala evolución con intensa postración, decide derivación hospitalaria el 24 de marzo, donde ingresa por neumonía COVID-19 positivo e hipopotasemia.

Nos parece importante destacar la presencia de otros síntomas que *a priori* podrían ser menos prevalentes dentro del elenco del COVID-19 e igual nos ponen en sobrealerta para sospechar esta infección emergente.

Tabla 1 Características de las pacientes

Caso	1	2	3	4	5	6	7	8
<i>Edad (años)</i>	70	67	74	70	77	72	72	64
<i>Antecedentes patológicos</i>								
Hipertensión arterial		X	X	X	X	X	X	X
Diabetes mellitus tipo 2		X	-	-	-	-	-	-
Dislipemia		-	X	X	X	-	-	X
Patología cardíaca: valvulopatía/coronariopatía...		-	X	-	-	-	X	-
Otras		Incontinencia urinaria		Insomnio	Depresión, esteatosis hepática	Gastritis crónica	-	Hipotiroidismo, reflujo gastroesofágico
<i>Antecedentes farmacológicos</i>								
Antihipertensivos		X Tiazida	X IECA	-	X IECA/tiazida	X IECA/tiazida	X Tiazida; ARA2	X ARA2
Antidiabéticos orales		X	-	-	-	-	-	-
Hipolipemiantes		-	X	X	X	-	X	X
Hormona tiroidea		-	-	-	-	-	-	Levotiroxina
Otros		Mirabegrón; lormetazepam	Omeprazol, lormetazepam	Zolpidem	Omeprazol, clorazepato dipotásico, escitalopram	Famotidina, levosulpi- rida	Apixaban, bisoprolol, lorazepam, omeprazol	Pantoprazol
<i>Síntomas</i>								
Rinorrea	X	-	-	-	-	X	-	-
Tos	-	-	X Productiva	-	-	X Productiva	-	X
Disnea	-	-	-	-	-	-	-	X
Dolor torácico pleurítico	-	-	-	-	-	-	-	-
Postración/astenia	-	X	X	X	X intensa	-	X	X
Malestar general	-	X	X	X	X	-	X	X
Mialgias «tipo pinchazo»	-	-	X	X	X	-	-	X
Hiporexia	-	X	X	X	-	-	-	X
Náuseas/vómitos	-	X	X	-	X	-	X (un día)	-
Dolor epigástrico	-	-	X	-	-	-	-	-
Diarrea con tenesmo rectal	-	X	-	-	-	-	X	X
Disgeusia: «mal sabor de boca», «sabor amargo»	-	X	X	X	-	-	-	X
Fiebre	-	-	-	-	-	-	-	-
Febrícula	-	-	-	-	X (un solo día)	X (un solo día)	X (dos días)	-
Síncope	-	-	X	-	-	-	-	-
<i>Evolución</i>								
Ingreso hospitalario	-	X 20/03	X 21/03	-	-	X 21/03	X 24/03	-
No precisa ingreso, seguimiento domiciliario por atención primaria	-	-	-	X	X	-	-	X
Test COVID-19		+	+			+	+	
Inicio síntomas (fecha)	09/03	09/03	13/03	10/03	11/03	12/03	12/03	12/03

Bibliografía

1. Paules CI, Marston HD, Fauci AS. Coronavirus infections — More than just the common cold. *JAMA*. 2020;323:707–8.
2. Chen N, Zhou M, Dong X, Qu J, Gong F, Han Y, et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: A descriptive study. *Lancet*. 2020;395:507–13.
3. Gu J, Han B, Wang J. COVID-19: Gastrointestinal manifestations and potential fecal-oral transmission. *Gastroenterology*. 2020. <http://dx.doi.org/10.1053/j.gastro.2020.02.054>.
4. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet*. 2020;393:497–506.
5. Ministerio de Sanidad. Secretaría General de Sanidad y Consumo. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. Enfermedad por coronavirus, COVID-19. Informe técnico. 17 de marzo 2020.

Yolanda González-Silva^{a,*}, Esther Bahillo Marcos^b,
Ruperto Martín Gutiérrez^b y Mateo Martín Merino^c

^a *Servicio de Urgencias de Atención Primaria de San Juan, Gerencia de Atención Primaria de Salamanca, Salamanca, España*

^b *Centro de Salud Traspinedo, Gerencia de Atención Primaria de Valladolid Este, Traspinedo, Valladolid, España*

^c *Servicio de Medicina Interna, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: gonzalez.silva.yolanda@gmail.com
(Y. González-Silva).

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.03.003>
0212-6567/ © 2020 Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Ecografía por ultrasonografía en la enfermedad por hígado graso no alcohólico



Ultrasonography in non-alcoholic fatty liver disease

Sr. Editor:

Como citan Caballería y Torán en su artículo¹, la enfermedad por hígado graso no alcohólico (EHGNA) tiene una magnitud muy relevante en la población. Su prevalencia está en aumento y se relaciona con un aumento de la morbimortalidad, no solo por causas hepáticas, sino también cardiovasculares y neoplásicas.

Por este motivo se hace necesario realizar un diagnóstico precoz de EHGNA desde la atención primaria con herramientas no invasivas como un índice que combina parámetros clínicos como el Fatty Liver Index (FLI) o la ecografía abdominal¹.

También hay que considerar que la EHGNA es un factor de riesgo para el desarrollo de fibrosis hepática. Existen marcadores que orientan al diagnóstico de fibrosis hepática avanzada como el NAFLD Fibrosis Score (NFS) o el FIB-4, pero es necesario realizar un diagnóstico precoz. Para ello se propone el uso de la elastografía de transición (Fibroscan[®]) que permite medir el grado de esteatosis y de fibrosis¹, si bien no da información sobre lesiones hepáticas macroscópicas.

También se ha propuesto el uso de otras técnicas como la elastografía de puntos de corte (SWE), permitiendo una valoración cualitativa y cuantitativa de la elasticidad de un área tisular. En tanto que se obtiene la velocidad de propagación de las ondas además de una imagen, siendo el tejido maligno más heterogéneo que el benigno. La técnica desataca por la rapidez de la operación, la obtención de los resultados en tiempo real y por no ser operador-dependiente. Además

de la posibilidad de obtener datos de rigidez hepática en pacientes con ascitis y obesidad².

Se han propuesto otras técnicas elastográficas como el impulso de fuerza de radiación acústica (ARFI) asociado y guiado por un equipo de ultrasonografía convencional² con una correlación altamente significativa con la elastografía de transición (Fibroscan[®]), y la ventaja de que al usarse de forma asociada a la ecografía puede informar de la existencia de ocupación de espacio.

Con metodología específica también se puede realizar elastografía con resonancia magnética, si bien su coste y el tiempo a emplear pueden ser limitaciones a tener en cuenta³. De cara al futuro cabe resaltar que la elastografía vehiculizada a través de resonancia magnética tiene mejores resultados que las técnicas de ultrasonido, con menos fallos técnicos, al permitir un mayor volumen de tejido hepático evaluado⁴.

A la consideración de que la elastografía solo está disponible a nivel hospitalario¹ hay que apuntar la existencia de elastógrafos de transición portátiles⁵ y también las posibilidades de la ecografía convencional con la oportuna adaptación para realizar elastografía de ARFI.

Con esta práctica se podría realizar el diagnóstico tanto de EHGNA como de esteatosis en fases más precoces, además de la evaluación del parénquima hepático. Consiste en un procedimiento realizado por el mismo operador y por el mismo aparato, con una diferencia de tiempo de exploración aceptable, permitiendo aumentar la disponibilidad de este recurso en la atención primaria y no solo en el hospital, ya que posibilita un aumento de la población cribada, podría formar parte de las opciones diagnósticas dentro del algoritmo de evaluación y seguimiento de los pacientes con EHGNA⁶.

Esto supondría la realización de un diagnóstico precoz de los pacientes con fibrosis hepática, pudiendo implementar un tratamiento adecuado para evitar el progreso a cirrosis. Las consecuencias tanto a nivel sanitario como económico pueden ser muy favorables.