

## Manifestaciones poco frecuentes del COVID-19. A propósito de un caso.

M<sup>a</sup> Elvira Santos Pérez.

*Equipo editorial revista Nuevo Hospital.*

*LES. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora (España)*

**RESUMEN:** Se presenta el caso de una paciente que no ha presentado sintomatología típica de COVID-19 pero que en la realización de los test de anticuerpos se demuestra que ha padecido la enfermedad de forma leve o subclínica.

Se presenta el caso y se compara con estudio bibliográfico.

**Palabras clave:** Síntomas neurológicos. Síntomas Otorrinolaringológicos. Covid-19. SARS-CoV-2

### EXPOSICIÓN DEL CASO:

Mujer de 83 años que vive en residencia, sin patologías previas importantes, no HTA, no DM, no inmunodeprimida. Vacunada de la gripe. Antecedentes personales: Sufrió desprendimiento de retina del ojo dcho. (repentino y de etiología desconocida) en 1982, siendo intervenida quirúrgicamente en dos ocasiones presentando pérdida de la agudeza visual del mismo en alto grado (secuela). Intervenida de catarata en el ojo izquierdo, la agudeza visual es adecuada aunque precisa de lentes correctoras (gafas). La visión binocular está alterada. Fractura de hombro derecho de origen traumático hace unos cinco años, es portadora de prótesis articular invertida que le permite la movilidad del brazo aunque con alguna limitación en la elevación, rotación y en el grado de la fuerza a desarrollar. Actualmente padece de Espondilosis, Osteoporosis y Osteo-artrosis generalizada degenerativa con fracturas y aplastamientos vertebrales y escoliosis (secuelas) que limitan la funcionalidad de las extremidades y de la columna vertebral precisando para la deambulación de ayudas técnicas (andador) y del concurso de tercera persona para algunas actividades de la vida diaria (ducha y calzado). Deficiencia venosa periférica a nivel de EEII (varices). No presenta alteraciones cognitivas de interés (realizado Minimental test). Buena integración social. Tratamiento habitual: TARGIN 5mg/2,5 mg (liberación prolongada); HEIPRAM 10 mg; NOLOTIL 575 mg; DOLOCATIL 650 mg (esporádico); ATERINA 15 mg capsulas blandas. ARTEOPTIC 2% gotas.; ADIRO 100 mg; DEMILOS bucodispersable 600 mg/1000 UI.; LEXATIN 1,5 mg.

Tras contacto ocasional con persona afecta de COVID-19 (que días después fallece en hospital), se realiza aislamiento preventivo en habitación individual bien aireada. A los 9 días del mismo la residente refiere sintomatología compatible con un síndrome vestibular agudo que es tratado con Serc, remitiendo el mismo a las 48 horas aunque replicó cuatro días después con menor intensidad y duración de horas. Unos días después del episodio vertiginoso inicial (12 día de aislamiento) la paciente comienza a presentar desorientación temporal. Se aprecia en su discurso la existencia de parafasias semánticas y ocasionalmente cambia el pronombre personal "yo" por el de "ella", para referirse a sus propias vivencias pasadas o actuales. Se muestra apática y sin ganas de realizar ninguna tarea, rechaza ver la televisión o escuchar la radio (algo que realiza habitualmente) y su comportamiento se vuelve "algo caprichoso" o "infantilizado", demanda más atención de lo habitual y precisa alguna ayuda para el vestido o ir al baño porque se siente insegura (algo que suele realizar ella) para posteriormente pedir disculpas. Presenta astenia, apatía y somnolencia. Este tipo de manifestaciones tienen una duración de cinco días (desde el día 12 al 17 de confinamiento). El día 13 del mismo refiere cefalea y dolores articulares. Congestión nasal que dura en torno a tres días. El día 14 del aislamiento vomita el desayuno y tiene un despeño diarreico. En ningún momento presentó fiebre (se realiza toma de temperatura dos veces diarias siendo el valor máximo registrado de 36.8 °C). La saturación de Oxígeno en sangre nunca fue inferior a 93% (medición diaria). Análíticas de sangre con valores normales. Las cifras tensionales oscilaron en torno a los 110/60 mmHg

(habituales de la paciente). Cifras de glucemia normales. No presentó tos en ningún momento ni dolores faríngeos.

No se realizó la prueba PCR en los inicios. Cuando se realizan a finales de abril en residencias los test de anticuerpos se aprecia que esta paciente presenta IgG en alto grado. Repitiéndose la prueba a las 48 horas para descartar un falso positivo y obteniendo idéntico resultado. A principios del mes de Mayo se han realizado de forma generalizada PCR en residencias en nuestra comunidad, siendo el resultado en el caso a estudio de negatividad (ausencia de infección activa)

Durante todo este tiempo el control y atención que recibió fueron: visita médica cada 48 horas si no existía ningún dato de alarma; control por Enfermería 2 veces al día dónde se miden las constantes y se realiza medición de saturación de O<sub>2</sub>, medición de glucemia cada 12 horas los días que presentó mareos o síndrome vertiginoso y la astenia: Analítica de sangre semanal cuyas cifras estuvieron siempre dentro de los límites de la normalidad. Asistencia por personal auxiliar de geriatría cada dos horas o dos horas y media, salvo demanda, con comprobación del estado de bienestar o posibles necesidades. En todo momento, se mantuvieron las normas higiénicas recomendadas como mantenimiento de la distancia social salvo en los momentos en que precisa ayuda directa, uso de mascarilla, guantes y bata desechables, así como. desinfección de superficies. Platos y vasos de uso individual y restauración en habitación individual con aumento en la oferta de líquidos (agua y zumos).

En todo este periodo la residente ha estado en contacto telefónico permanente con sus familiares (diario y varias veces al día). Así mismo, el personal de la residencia ha informado a su familia directa de forma asidua de la evolución y situación de su familiar dado el momento excepcional de confinamiento y aislamiento social al que están sometidos, sin permiso de visitas.

#### **DIAGNÓSTICO Y DISCUSION:**

En el COVID- 19; la afectación neurológica puede estar relacionada con los procesos inflamatorios subyacentes a la infección por SARS-CoV-2. "La liberación masiva de citoquinas, quimioquinas y otras señales inflamatorias produce la rotura de la barrera hematoencefálica. El daño cerebral asociado a este proceso neuroinflamatorio podría explicar las alteraciones conductuales y los cuadros confusionales en ancianos"[1]

Los coronavirus podrían acceder al SNC a través de dos vías: la hematogena y la transneuronal. La vía hematogena es la referida anteriormente, la existencia de la disrupción de la barrera hematoencefálica asociada a la tormenta de citoquinas, el enlentecimiento a nivel capilar de la microcirculación o la infección de las células mieloides podrían causar lesión en el SNC. Por otro lado, los virus podrían infectar las neuronas periféricas y migrar a través de ellas hasta el SNC. Patologías del SNC pueden ser causadas por virus neurotrópicos como el del sarampión y el del herpes pero, también por virus respiratorios como el sincitial, el de la influenza y el coronavirus. El virus de la gripe o el del herpes simple han empleado la vía olfatoria para acceder al SNC. En estudios experimentales con ratones la inoculación del SARS-CoV por vía transnasal se diseminó al encéfalo, tronco encefálico y médula. Esta vía transneuronal sería la empleada por el SARS-Cov2 en los casos de anosmia, signo reconocido en la infección por COVID-19. Las neuronas olfativas tienen una vida media estimada de semanas o pocos meses. Las células madre de la capa basal del epitelio olfatorio están en continua división, hecho que podría explicar la reversibilidad de la anosmia en los casos de pacientes afectados de COVID-19. [1,2] Un estudio muy reciente informa que las neuronas olfatorias no expresan el gen ACE2 ( receptor del virus) mientras que las células mucosas del epitelio olfatorio si lo hacen, no sería por tanto una anosmia neurosensorial sino que afectaría a las células estromales de esta mucosa [3]

En nuestro caso, las manifestaciones de tipo confusional y de carácter se atribuyeron como consecuencia del confinamiento y aislamiento social en persona activa y con buen nivel de sociabilización, no se pensó que fueran manifestaciones por COVID-19 dada la ausencia de fiebre y otros síntomas característicos de esta enfermedad y que nos pudieran hacer pensar que estábamos ante un caso.

Nuestra paciente no refirió en ningún momento pérdida de olfato pero sí presentó congestión nasal durante unos días.

Cefalea, mialgias, mareo y fatiga son los síntomas inespecíficos más frecuentemente descritos en la enfermedad por SARS CoV-2. Las cefaleas se describen entre un 6 y un 23% de los pacientes. Las mialgias entre un 11% y un 34%, un 9,4% presentaron mareo no específico y un 9% confusión [3] En un estudio retrospectivo de 214 pacientes ingresados con COVID-19 en un hospital de Wuhan, el 36,4% presentó algún tipo de manifestación neurológica, Los síntomas más comunes fueron mareo (36 casos), cefalea (28 casos), hipogeusia (12 casos) e hiposmia (5 casos). Los síntomas neurológicos fueron más frecuentes en lospacientes graves que en los leves de COVID-19 [4]. Entre las manifestaciones de este tipo que se han registrado en epidemias virales anteriores como H1N1, MERS y SARS, se incluyen el dolor de cabeza, los mareos, la alteración del nivel de conciencia, los déficits neurológicos focales, la afectación de algún nervio craneal, las convulsiones y, en menor medida, las meningoencefalitis, la encefalopatía necrotizante grave, el edema cerebral y los accidentes cerebrovasculares. Es importante destacar que en los estudios previos de epidemias virales anteriores al COVID-19, existen pacientes que desarrollaron semanas o meses más tarde secuelas neurológicas del tipo de neuropatías, síndrome de Guillain-Barré, y Parkinsonismo posviral. [5]

Nuestra paciente refirió el síndrome vertiginoso con giro de objetos, sensación nauseosa y leve pérdida de audición por lo que se pensó en un Síndrome de Menière que mejoró con la administración de dihidrocloruro de betahistina (Serc), reposo en cama y disminución de estímulos visuales y acústicos ( se disminuyó la luminosidad de la habitación).

Las mialgias y la hipercalcemia son frecuentes en los pacientes afectados de COVID-19. Los estudios patológicos de músculo esquelético de pacientes con SARS-CoV pusieron de manifiesto la presencia de necrosis y atrofia. La activación de ECA2 induce alteraciones del músculo esquelético llegando a originar atrofia muscular [1] Sin embargo, en nuestro estudio, los dolores articulares y posibles mialgias se consideraron propios de su patología de osteoartritis, fueron de escasa duración (24 horas) y mejoraron añadiendo a su medicación habitual una dosis de Paracetamol (una sola toma, un día). La paciente en la actualidad no ha presentado ningún signo de atrofia muscular y su capacidad deambulatoria es la misma que presentaba con anterioridad aunque refiere mayor cansancio.

En todos los casos confirmados de SARS, el tracto digestivo mostró cambios inflamatorios leves. Se descubrió que las células epiteliales de la mucosa del intestino delgado y grueso estaban infectadas por el virus por hibridación in situ y EMNo se encontraron células positivas similares en el estómago o el esófago. Se observó la presencia del virus en las heces de los pacientes con SRAS. Aproximadamente del 29% al 39.2% de los pacientes que tienen SARS tienen diarrea y otros síntomas del tracto digestivo, aunque estos síntomas se han descrito entre 3,5 y 7,5 días después del inicio de la fiebre [6]. En nuestro caso a estudio la paciente el día 14 del aislamiento vomita el desayuno y tiene un despeño diarreico pero no presentó fiebre en ningún momento a pesar de las frecuentes mediciones de la misma.

La respuesta de anticuerpos de la COVID-19 sigue un patrón tipo, los IgM desaparecen pasadas unas 12 semanas de la infección y los IgG específicos antiproteína viral persisten mayor tiempo desempeñando un factor protector. [4]

El diagnóstico clínico de la COVID-19 se basa en la historia epidemiológica, las manifestaciones clínicas y la confirmación de la exposición al SARS-CoV-2. Actualmente, se considera que ha de plantearse el diagnóstico en toda persona que presente síntomas como fiebre, tos seca, dolor de garganta, disnea y últimamente se han introducido otros como la anosmia y la ageusia. La técnica de PCR y las técnicas de secuenciación genómica son las empleadas para confirmar la infección. Esta técnica tiene una alta especificidad. En la actualidad se están desarrollando sistemas de detección de antígenos y de anticuerpos. Los test rápidos de estos últimos no presentan tanta sensibilidad como fuese de desear, se han detectado falsos negativos, por lo que la técnica ha de mejorarse. La sensibilidad de la técnica ELISA Ig G antiproteína N para el SARS-CoV fue casi del 95% [4]

## BIBLIOGRAFÍA

1. 1.- Martínez Hernández E, Velasco Fargas R. Mecanismos fisopatogénicos de afectación neurológica. En: Ezpeleta D y García Azorín D. Manual Covid-19 para el neurólogo general. Madrid: Ediciones SEN; 2020. p.25-29.
2. 2.-Bohmwald K, Gálvez NMS, Ríos M 1, Kalergis AM. Neurologic Alterations Due to Respiratory Virus Infections. *Front Cell Neurosci.*2018. 26; 12: 386
3. 3.- García-Moncó JC, Erro ME, García-Azorín D, Ezpeleta D .Cuadros Clínicos neurológicos asociados a la infección por SARS-CoV-2. En: Ezpeleta D y García Azorín D. Manual Covid-19 para el neurólogo general. Madrid: Ediciones SEN; 2020. p.37-46
4. 4.- Carod-Artal F. Complicaciones neurológicas por coronavirus y COVID-19. *Rev Neurol.* 2020;70:311-322.
5. 5.-Daou BJ, Koduri S, Palmateer G, Thompson BG, Chaudhary N, Gemmete JJ, Pandey AS. Neurological Implications of COVID-19 and Lessons Learned From Prior Epidemics and Pandemics. *Neurosurgery.* 2020.. doi: 10.1093/neuros/nyaa186. [Epub ahead of print]
6. 6.- Gu J, Gong E, Zhang B, Zheng J, Gao Z, Zhong Y, et al. Multiple organ infection and the pathogenesis of SARS. *J Exp Med.* 2005; 202: 415-24.