

JORNADA CIENTÍFICA 40 ANIVERSARIO DEL CIMEQ

PRESENTACIÓN DE CASO

Eructo como síntoma de la COVID-19

Belching as a symptom of COVID-19

Dra. Novoa Acosta Nuvia.¹

Dra. Peña Galbán Liuba Yamila.²

Dr. Liza Hernández Oscar.³

Dr. Pérez Assef Héctor.⁴

¹ Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral. Especialista de Primer Grado en Medicina Intensiva y Emergencias Pediátricas. Máster en Urgencias y Emergencias Médicas. Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey. Hospital Pediátrico Provincial Eduardo Agramonte Piña. Camagüey. Cuba <https://orcid.org/0000-0002-1825-0097>
nuvianovoacosta68@gmail.com

² Especialista de Primer y Segundo Grado en Psiquiatría. Especialista de Primer Grado en OTSM. MSc. Profesora Auxiliar. Investigadora Auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey. Hospital Clínico Quirúrgico Docente. Dr. Octavio de la Concepción de la Pedraja. Servicio de Psiquiatría. Camagüey. Cuba <https://orcid.org/0000-0002-1613-5415>
lpna.cmw@infomed.sld.cu

³ Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Especialista de Segundo Grado en Medicina Intensiva y Emergencias. Profesor Asistente. Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey. Hospital Clínico Quirúrgico Docente. Dr. Octavio de la Concepción de la Pedraja. Unidad de Cuidados Intensivos Polivalentes. Camagüey. Cuba <https://orcid.org.0000-0002-4747-8859>
oscarliza59@gmail.com

⁴ Especialista de Primer Grado en Cardiología. Especialista de 2do Grado en Medicina Intensiva y Emergencias. MSc. Profesor Auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras. Unidad de Cuidados Intensivos. La Habana Cuba. <https://orcid.org.0000-0002-6064-492X>
hectorperezassef@gmail.com

Autor para la correspondencia: lpna.cmw@infomed.sld.cu

Resumen

Fundamento: Los síntomas principales de esta infección viral son fiebre, tos seca y falta de aire, pero existe un incremento en el reporte de casos de COVID-19 que presentan síntomas gastrointestinales y que evolucionan hacia la gravedad. **Objetivo:** Presentar un paciente con infección por SARS-CoV-2 que a partir de las manifestaciones

gastrointestinales evolucionó a los estadios de gravedad de la enfermedad y muerte.

Presentación de caso: Paciente masculino, de 55 años de edad, con antecedentes de Hipertensión Arterial para lo cual cumplía esquema de tratamiento con Captopril (50 mg) 1 tableta al día. Comienza con malestar general y eructos persistentes, de varias horas de evolución, al tercer día aparece la fiebre y se realiza diagnóstico de infección por COVID-19. Al siguiente día la dificultad respiratoria aparece de forma súbita mientras se mantenían los síntomas antes mencionados y el paciente evoluciona al síndrome de dificultad respiratoria agudo, se apoya con soporte ventilatorio, pero a pesar de ello fallece.

Conclusiones: Las manifestaciones gastrointestinales no son tan infrecuentes, el conocimiento de estas manifestaciones permite estar alertas en el seguimiento y establecer un diagnóstico precoz con el objetivo de disminuir las complicaciones y la tasa de mortalidad en pacientes con presentaciones atípicas de la enfermedad.

Palabras Claves: Eructo, Síntomas de Alarma, síndrome de dificultad respiratoria aguda, COVID-19, Cuidados Intensivos.

ABSTRACT:

Introduction: The main symptoms of this viral infection are fever, dry cough and shortness of breath, but there is an increase in the reporting of COVID-19 cases that present gastrointestinal symptoms and that evolve towards severity. **Objective :** To present a patient with SARS-CoV-2 infection who, from gastrointestinal manifestations, progressed to the stages of severity of the disease and death. **Case presentation :** Male patient, 55 years old, with a history of arterial hypertension for which he complied with a treatment scheme with Captopril (50 mg) 1 tablet per day. It begins with general malaise and persistent belching, of several hours of evolution, on the third day the fever appears and a diagnosis of COVID-19 infection is made. The next day, respiratory distress appeared suddenly while the aforementioned symptoms persisted and the patient progressed to acute respiratory distress syndrome, supported by ventilatory support, but died despite this.

Conclusions: Gastrointestinal manifestations are not so infrequent, knowledge of these manifestations allows us to be alert during follow-up and establish an early diagnosis with the aim of reducing complications and the mortality rate in patients with atypical presentations of the disease.

Keywords : Belching, Alarm Symptoms, acute respiratory distress syndrome, COVID-19, Intensive care.

INTRODUCCIÓN.

La enfermedad COVID-19, ocasionada por un coronavirus SARS-CoV-2 es una enfermedad infecciosa que se convirtió en la pandemia más reciente que ha afectado al ser humano, en ocasiones presenta síntomas leves, pero una proporción significativa desarrolla un espectro clínico grave con necesidad de atención por los servicios de cuidados intensivos, es el nombre clínico del nuevo síndrome respiratorio agudo severo ⁽¹⁾. Hasta el 21 de julio 2021, fueron notificados 191.281.182 casos acumulados confirmados de COVID-19 a nivel global, incluyendo 4.112.538 defunciones, de los cuales 39% de los casos y 48% de las defunciones fueron aportadas por la región de las Américas. ⁽²⁾.

A pesar de que las manifestaciones principales de esta infección viral son fiebre, tos seca y falta de aire, debemos aprender de la experiencia de otros países, como China, y estar alertas ante las manifestaciones gastrointestinales, que, aunque infrecuentes, puede presentarse en el curso del escenario clínico de esta infección ⁽³⁾.

Entre las manifestaciones gastrointestinales que se describen y que afectan a un grupo de pacientes que padecen esta entidad están la diarrea, náuseas, vómitos, dolor abdominal, anorexia y recién se ha señalado el eructo (2.1%). ⁽⁴⁾

El eructo forma parte de la presentación habitual del Reflujo Gastroesofágico, que es la dispepsia postprandial crónica, síndrome que afecta por igual a ambos sexos. Los enfermos refieren pirosis y opresión torácica que es aliviada con la eructación por lo que se les llama también eructadores diurnos ⁽³⁾. Se ha reportado que el receptor de la enzima convertidora de angiotensina II (ECA II) es el principal en la célula huésped para el nuevo coronavirus SARS-CoV-2 y que desempeña un papel crucial en el acoplamiento y la entrada del virus en la célula ⁽⁴⁾. Estos receptores han sido identificados en las células alveolares tipo II del pulmón, en las células epiteliales estratificadas del esófago, los enterocitos en íleo y colon, y los colangiocitos, así como en las células del miocardio, células tubulares proximales del riñón y células uroteliales ^(5, 6) de la vejiga. Recientemente, se ha demostrado que los receptores de ECA II se expresan también en la mucosa de la cavidad oral y altamente en las células epiteliales de la lengua. ⁽⁷⁾ Por lo tanto, la cavidad oral y el tracto digestivo podrían ser una ruta de infección y la expresión del receptor ECA II en el tracto digestivo podría explicar la presencia de síntomas GI (gastrointestinales) en pacientes con COVID-19. Esta presentación tiene como objetivo Presentar un paciente con infección por SARS-CoV-2 que a partir de las manifestaciones gastrointestinales evolucionó a los estadios de gravedad de la enfermedad y muerte.

PRESENTACIÓN DE CASO.

Se trata de un paciente blanco, masculino de 55 años de edad con antecedentes de

Hipertensión Arterial para lo cual mantenía tratamiento con Captopril (50 mg) 1 tableta 2 veces al día, Hidroclorotiazida (25 mg) 1 tableta al día y Aspirina (81mg) 1 tableta al día. Se recoge también el antecedente de alergia al timerosal, y una sola dosis de inmunización contra COVID-19 con Abdala. Recibe atención médica por malestar general y eructos frecuentes que aparecían a cualquier hora del día que incluso lo despertaban en el horario de la noche, se mantenía por varias horas, y desaparecían sin tratamiento. Al tercer día aparece la fiebre de 38-39 °C, pero no desaparece el trastorno digestivo. Se le realizan exámenes complementarios en busca de infección por SARS-CoV-2 y resultan positivas, no se refiere otra sintomatología, desaparece la fiebre al segundo día y el paciente refirió sentirse mejor, pero persistían los eructos, esta vez de forma aislada pero molesta. Al quinto día se le repiten exámenes para COVID-19 (test de Ag para COVID-19 y RT-PCR) y resultan negativos. Al séptimo día reaparece de forma súbita la fiebre, en esta ocasión de 38 °C, dificultad respiratoria y cianosis distal, se traslada de manera urgente para los servicios hospitalarios con apoyo de oxígeno y de la misma forma hacia los cuidados intensivos, con parámetros de falla respiratoria, hipoxemia, Bronconeumonía grave por COVID-19 e hipertensión arterial descompensada (180/100 mm de Hg), se coloca en posición prono y se apoya con Ventilación No Invasiva mejora su estado de hipoxia, con fracción inspirada de oxígeno de 60 por ciento se logra saturación de oxígeno de 91 %, se constatan cifras de tensión arterial de 180/100 mm Hg y se comienza tratamiento con nitroglicerina en infusión a razón de 5mcg/min. Se evalúa con un H-Score (Score de tormenta de citoquinas el cual es referencial como marcador de mal pronóstico)¹³ de 4puntos (Inmunosupresion-1, Fiebre-1punto, Compromiso pulmonar-1 punto, Lactato Deshidrogenasa-1punto), se comenzó tratamiento antimicrobiano con TRIFAMOX IBL (500 mg), Heparina Sódica 5000U y Juzvinza (1.25mg). Al siguiente día con empeoramiento de su estado de oxigenación se discutió en colectivo y se decidió intubación endotraqueal y apoyo con soporte ventilatorio. A pesar de ello el paciente falleció.

Exámenes Complementarios:

Hemograma con diferencial: Hemoglobina: 14.4g/l, Leucocitos: 9.8×10^9 , polimorfonucleares: 0.64 % y linfocitos: 0.36 %

Conteo de Plaquetas: 230×10^{10} , Creatinina: 91mm/l, TGP: 44U/l, TGO: 32U/L.

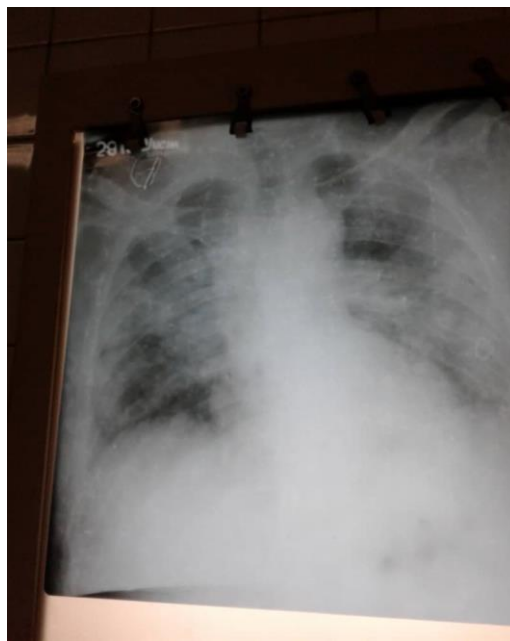
Gasometría Arterial: pH 7.38, PCO₂: 50.7mmHg, PO₂: 68.2mmHg, StO₂: 70%, HCO₃: 29.3mm/l, p50: 28.9 mmHg

Ionograma: K: 4.1mm/l, Na: 140mm/l, Ca: 1.02mm/l, Cl: 124mm/l,

Lactato: 2.2mm/l, Glicemia: 7.5 mm/l.



Rx de tòrax inicial



Rx de tòrax evolutivo

Rx de tòrax inicial: infiltrado alvéolo-intersticial bilateral difuso con áreas de condensación inflamatoria hilio basal a predominio derecho. Índice cardiotorácico aumentado.

Rx de tòrax evolutivo: Imágenes que recuerdan al Síndrome de dificultad respiratoria aguda, opacidades alveolares difusas bilaterales, consolidaciones con broncograma o aéreo. Empeoramiento radiológico y el efecto de la Presión Positiva al final de la Espiración (PEEP).

DISCUSIÓN DE CASO.

Los elementos clínicos iniciales presentados en el paciente no eran convincentes para plantear una infección por SARS-CoV-2, el malestar general y los eructos, este último incluso un síntoma persistente que precedió a la fiebre. De los síntomas y signos gastrointestinales el eructo no es frecuente, y aparece como síntoma banal. El eructo diurno forma parte del Reflujo Gastroesofágico, afecta por igual a ambos sexos, en la edad media y tiene una incidencia del 2.1 %; tampoco se encontró en la literatura revisada la descripción de eructos en el horario nocturno. En la COVID-19 ⁽⁹⁾ se ha descrito como síntomas de alerta de infección gastrointestinal por COVID-19. La fiebre y la dificultad respiratoria aparecieron después.

El examen físico inicialmente negativo hizo pensar en un trastorno digestivo menor, causado por estrés o por alteración en el régimen dietético. La aparición de la fiebre y la demostración del virus del SARS-CoV-2 llevan a pensar en las formas atípicas de presentación de la enfermedad. Existen pocas publicaciones en relación a esta

manifestación clínica, lo cual realmente preocupa porque pasa inadvertida al igual que el resto de las manifestaciones gastrointestinales. Sin embargo, se ha logrado documentar la posibilidad de transmisión fecal-oral luego de demostrar la existencia del virus en las heces, incluso hasta siete y 12 días después de la conversión negativa en la muestra faríngea, independiente de la presencia o no de síntomas gastrointestinales; incluso se han reportado pacientes con muestra fecal positiva e hisopados faríngeos y esputo negativos.⁽⁹⁾ Xiao F. et al ⁽¹⁰⁾ demostraron la presencia de ARN viral en muestras endoscópicas de esófago, estómago, duodeno y recto en 73 pacientes chinos. ⁽¹⁰⁾ Un resultado positivo para aislamiento viral en materia fecal se puede encontrar entre el 36 % y 56 % de los pacientes confirmados. Por lo anterior, no solo es fundamental implementar el lavado de manos como método de también prevención para disminuir la diseminación de la enfermedad, ⁽¹⁰⁾ sino que además se debe tener presente el alto riesgo de transmisión de SARS-CoV-2.

Existe evidencia de que los síntomas gastrointestinales deben ser considerados manifestaciones atípicas de la COVID-19 según refiere Schmulson M. et al ⁽¹¹⁾

En Zhejiang Jin L. et al. ⁽¹²⁾ reportaron que casi el 23 % de los pacientes con síntomas gastrointestinales presentaron una enfermedad grave o crítica. La infección por SARS-CoV-2 también ha demostrado causar coagulopatías, y se ha demostrado hipercoagulabilidad en los enfermos críticos por medio de tromboelastografía. La trombosis secundaria a dicho estado de hipercoagulabilidad puede llevar a embolia pulmonar e isquemia intestinal, razón por la cual se está utilizando anticoagulación parenteral en el tratamiento de la enfermedad. ⁽¹³⁾

La presencia de síndrome de dificultad respiratoria aguda y la necesidad de ventilación mecánica fueron significativamente más frecuentes en pacientes con síntomas GI en comparación con los pacientes que no los presentaban. ⁽¹²⁾ Incluso los síntomas gastrointestinales pueden aparecer antes de la fiebre y de los demás síntomas respiratorios. ⁽¹¹⁾ Tal como se evidenció en esta presentación de caso.

Las manifestaciones radiológicas vistas en los Rx anteroposterior: imágenes que recuerdan al Síndrome de dificultad respiratoria aguda, moteado alveolar o imágenes en vidrio deslustrado difuminado, infiltrado alveolo-intersticial difuso a predominio periférico y áreas de consolidación hiliobasales bilaterales; aumento del índice cardiotorácico corresponden con las descritas en la literatura. ⁽¹⁴⁾

Conclusiones: Las manifestaciones gastrointestinales en la infección por COVID-19 no son tan infrecuentes, el conocimiento de estas manifestaciones permite estar alertas en el

seguimiento y establecer un diagnóstico precoz con el objetivo de disminuir las complicaciones y la tasa de mortalidad en pacientes con presentaciones atípicas de la enfermedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Fuentes Díaz CF, Zabaleta Taboada OY. Manifestaciones Gastrointestinales de la infección por el nuevo coronavirus. Revista Colombiana de Gastroenterología. [Online] 2020;35(Supl 1) [citado 10 de Noviembre 2021] Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.22516/25007440.541>
2. Sohrabi C, Alsafi Z, O'Neill N, et al. World Health Organization declares global emergency: A review of the 2019 novel coronavirus (COVID-19). Int J Surg. [Internet 2020]; 76:71--6 [citado 10 de Noviembre 2021] Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2020.02.034>
3. Gutierrez P. Coronavirus world map which countries have the most cases and deaths. Coronavirus updates. The Guardian, [Internet 2020]. April 5-2020, 11.25 UTC. Volume 2020. <https://www.theguardian.com/world/2021/jun/11/covid-world-map-which-countries-have-the-most-coronavirus-vaccinations>
4. Jay H. Stein, M.D. et al. Pathogenesis of reflux esophagitis. Gastroenterology [Internet] 1995. 81(2):376, [Citado 15 de Octubre 2021] Disponible en: DOI: [10.3109/00365529509090267](https://doi.org/10.3109/00365529509090267)
5. Guo YR, Cao QD, Hong ZS, et al. The origin, transmission and clinical therapies on coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak an update on the status. Mil Med Res. [Internet] 2020; 7:11. [Citado 10 de noviembre 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s40779-020-00240-0>
6. Zhang H, Kang Z, Gong H, et al. The digestive system is a potential route of 2019-nCoV infection: A bioinformatics analysis based on single-cell transcriptomes. bioRxiv. [Internet] 2020, [citado 21 de Octubre 2021] Disponible en: <https://doi.org/10.1101/2020.01.30.927806>.
7. Xu H, Zhong L, Deng J, et al. High expression of ACE2 receptor of 2019-nCoV on the epithelial cells of oral mucosa. Int J Oral Sci. [Internet] 2020; 12:8.[citado 10 de Octubre 2021] Disponible en: <https://doi.org/10.1038/s41368-020-0074-x>
8. Chen Y, Chen L, Deng Q, Zhang G, Wu K, Ni L, et al. The Presence of SARS-CoV-2 RNA in Feces of COVID-19 Patients. J Med Virol. [Internet] 2020. [citado 10 de Octubre 2021] Disponible en: <https://doi.org/10.1002/jmv.25825>
9. Chen L, Lou J, Bai Y, Wang M. COVID-19. Disease With Positive Fecal and

- Negative Pharyngeal and Sputum Viral Tests: Am J Gastroenterol. [Internet] 2020. [Citado 15 de Octubre 2021] Disponible en: <https://doi.org/10.14309/ajg.0000000000000610>
10. Xiao F, Tang M, Zheng X, Liu Y, Li X, Shan H. Evidence for Gastrointestinal Infection of SARS-CoV-2. Gastroenterology. [Internet] 2020. [Citado 21 de Noviembre 2021] Disponible en: <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2020.02.055>
 11. Schmulson M, Dávalos MF, Berumen J. Beware: Gastrointestinal symptoms can be a manifestation of COVID-19. Revista de Gastroenterología de México (English edition), [Internet] 2020 July September, Volumen 85 Issue 3 pages 282-287 [Citado 21 de Octubre 2021] Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rgmxen.2020.04.001>
 12. Lin L, Jiang X, Zhan Z, et al. Gastrointestinal symptoms of as cases with SARS-CoV-2 infection. Gut. [Internet] 2020, [Citado 21 de Octubre 2021] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/gutjnl-2020-321013>
 13. Panigada M, Bottino N, Tagliabue P, Grasselli G, Novembrino C, Chantarangkul V. Hipercoagulability of COVI-19 patients in intensive care unit: A report of tromboelstography findings and other parameters of hemostasis. Journal Thrombosis and Haemostasis. [Internet] 2020 [citado 15 de Octubre 2021] vol. 18 p. 1738-1742 Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jth.14850>
 14. Ramírez-González A. Radiografías de pacientes con COVID-19 ingresados en una unidad de cuidados intensivos. Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias. [revista en Internet]. 2021 [citado 15 Octubre 2021]; 20 (1) Disponible en: <http://www.revmie.sld.cu/index.php/mie/article/view/803>