

A propósito de la carta científica «Sospecha de abdomen agudo como manifestación extrapulmonar de infección COVID-19»



About the scientific letter 'Suspected acute abdomen as an extrapulmonary manifestation of COVID-19 infection'

Sr. Director:

Hemos leído el artículo publicado en su revista por R. Blanco-Colino et al¹, sobre la COVID-19 y su manifestación en forma de abdomen agudo. Ante la situación actual de pandemia en la que estamos, los cirujanos hemos sido capaces de trabajar en equipo con diferentes especialidades y actualizarnos en diferentes campos a los que no estamos acostumbrados. Muchos de los conocimientos adquiridos en cuanto al manejo de la COVID-19, han sido, por desgracia, primero improvisados y luego basados en protocolos que han ido cambiándose con relativa frecuencia.

Es conocido que un porcentaje no despreciable de pacientes COVID-19 positivos, tal y como refieren los autores, presentan síntomas gastrointestinales, entre los que destacan la anorexia, las diarreas y los vómitos². Aunque bien es cierto que la gran mayoría de ellos se acompañan de síntomas respiratorios o fiebre y rara vez se presenta como síntoma gastrointestinal aislado³. Ambas manifestaciones pueden coexistir sin necesidad de ser una dependiente de la otra. No debemos olvidar que los síntomas gastrointestinales ya fueron descritos durante el brote del SARS en 2003⁴, por lo que aunque se considere una nueva pandemia, ya teníamos información en la que poder apoyarnos.

El título del artículo puede malinterpretarse si entendemos por abdomen agudo, dolor abdominal repentino e intenso que requiere una actuación médica o quirúrgica urgente⁵. La descripción que hacen los autores en el caso clínico no se ajusta a dicha definición ni a la práctica habitual. El diagnóstico etiológico de una colitis infecciosa requiere de diferentes pruebas diagnósticas (cultivo de heces, estudio histológico, inmunohistoquímica...) dependiendo de la sospecha clínica^{6,7}. Con los datos facilitados en la descripción del caso y con la radiografía de abdomen (véase leyenda de la imagen 1) no es posible realizar dicho diagnóstico. En caso de que lo sospecharan, no encontramos la intención de realizar ninguna de las pruebas diagnósticas antes mencionadas. Asimismo, se introducen diferentes conceptos como linfopenia o alteración en la analítica hepática (en pacientes ya tratados) que no tienen que ver con la finalidad del artículo: alertarnos de las supuestas manifestaciones gastrointestinales que provoca la COVID-19.

Dado que desconocemos el número absoluto de población infectada y que las estimaciones hacen pensar que son más

que los casos reportados, es lógico sospechar que muchos de los pacientes que tratamos por otros motivos serán COVID-19 positivo. Valoramos de forma positiva que los autores resalten la necesidad de realizar una buena anamnesis acerca de los síntomas respiratorios, de manera que se puedan extremar las precauciones y las medidas de aislamiento; aunque independientemente de pandemia o no, realizar una anamnesis completa a los pacientes debería ser mandatorio para cualquier cirujano.

Ante escenarios desconocidos, el reporte de casos clínicos puede ser de interés general, pero publicar prácticamente todo lo relacionado con la COVID-19, cuando la información no aporta soluciones se puede convertir en motivo de confusión. A día de hoy, cuatro meses después del inicio del brote, las interacciones y el intercambio de información entre cirujanos por redes sociales es inmediato; se llevan a cabo encuestas y trabajos coordinados entre diferentes grupos de cirugía que ayudan e informan en mayor medida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Blanco-Colino R, Vilallonga R, Martín R, Petrola C, Armengol M. Suspected acute abdomen as an extrapulmonary manifestation of Covid-19 infection. *Cir Esp.* 2020;piiS0009-739X:30074-9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2020.03.006>.
2. Pan L, Mu M, Yang P, Sun Y, Wang R, Yan J, et al. Clinical Characteristics of COVID-19 Patients with digestive Symptoms in Hubei, China: A descriptive, Cross-Sectional, Multicenter Study *Am J Gastroenterol.* 2020 Apr 14. <http://dx.doi.org/10.14309/ajg.0000000000000620>.
3. Wong SH, Lui RNS, Sung JY. Covid-19 and the Digestive System. *J Gastroenterol Hepatol.* 2020. <https://doi.org/10.1111/jgh.15047>.
4. Leung WK, To KF, Chan PK, Chan HL, Wu AK, Leen N. Enteric involvement of severe acute respiratory syndrome-associated coronavirus infection. *Gastroenterology.* 2003;125:1011-7.
5. Khalil PN. Acute Abdomen: Clinical Context and Indication for Imaging. En: Scaglione M, Linsenmaier U, Schueller G, et al., editores. *Emergency Radiology of the Abdomen: Imaging features and Differential Diagnosis for a Timely Management Approach* Berlin Heidelberg: Springer-Verlag; 2012. p. 1-15.
6. Guerrant R, van Gilder T, Steiner T, Thielman NM, Slutsker L, Tauxe RV, et al. Practice guidelines for the management of infectious diarrhea. *Clinical Infectious Diseases.* 2001;32:331-51. <http://dx.doi.org/10.1086/318514>.

7. Abreu MT, Harpaz N. Diagnosis of Colitis: Making the Initial Diagnosis. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2007;5:295-301.

Fernando Pardo Aranda

Cirugía General y Digestiva, Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Barcelona, España

Correo electrónico: fpardoaranda@gmail.com

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2020.04.015>
0009-739X/

© 2020 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Respuesta de autores a: A propósito de la carta científica «Sospecha de abdomen agudo como manifestación extrapulmonar de infección COVID-19»



Authors response to: «About the scientific letter: Suspected Acute Abdomen as an Extrapulmonary Manifestation of Covid-19 Infection»

Sr. Editor,

Hemos leído con interés los comentarios del Dr. Pardo Aranda F., en su carta al Director. Agradecemos las puntualizaciones realizadas.

Primeramente, insistir que nuestro objetivo era advertir de las afectaciones gastrointestinales asociadas a pacientes con COVID-19 en el contexto de la urgencia quirúrgica.

El título original de la publicación aceptada era: «Distensión abdominal y cuadro gastrointestinal como manifestación extrapulmonar en paciente COVID-19 +», siendo sustituido posteriormente por: «Sospecha de abdomen agudo (. . .)», tras la revisión del Comité Editorial.

En su carta el Dr. Pardo expresa que no se ajusta a la práctica habitual, pero la especialidad de Cirugía General valora los dolores abdominales y/o clínica gastrointestinal¹. El paciente fue derivado a nuestro centro desde la Atención Primaria para descartar abdomen agudo y pasó el triaje, siendo derivado a nuestra Unidad de Urgencias de Cirugía General. Podía darse el caso de una protección inadecuada ante pacientes que se presenten en urgencias con cuadros gastrointestinales de COVID-19 y leves o ningún síntoma pulmonar; hasta un 10% presentan radiografías de tórax sin neumonía como en el caso expuesto².

En ese momento, consideramos que debían plantearse los protocolos de triaje y tratamiento de los pacientes atendidos desde urgencias. Con sospecha epidemiológica, hay datos que se han expuesto en el caso que nos ayudaron a pensar en la posibilidad de COVID-19 y que su inmediatez permitió avanzar en el diagnóstico y aislamiento del paciente. La presentación

de linfopenia y PCR elevada en la analítica son datos de sospecha y de mal pronóstico de COVID-19³, ante los que debe hacerse diagnóstico diferencial con otras patologías como una sepsis de origen abdominal.

La tomografía computarizada (TC) de abdomen descarta patología quirúrgica urgente y a la vez tiene gran sensibilidad en la rápida identificación de alteraciones pulmonares por COVID-19^{4,5}. En función de los hallazgos se debe confirmar el diagnóstico diferencial. En este caso en concreto, la radiografía de abdomen mostraba dilatación de asas, por lo que entre las posibles causas de abdomen agudo a descartar se encontraban vólvulo, obstrucción intestinal y colitis. Es importante garantizar un tratamiento precoz de los pacientes que consulten de entrada por clínica gastrointestinal, ya que pueden presentar o exacerbar su clínica respiratoria posteriormente⁶. Además, otro motivo de la necesidad de identificación de sospecha temprana es evitar la diseminación entre otros pacientes que acudan a urgencias de cirugía por otros motivos diferentes y entre los profesionales que son la puerta de entrada al sistema sanitario y que en muchos casos se encuentran desprotegidos.

En los próximos meses seguro veremos resultados de estudios de cohortes internacionales y ensayos clínicos que permitan plantear mejores protocolos basados en evidencia científica⁷. Hemos adecuado los protocolos según la experiencia descrita. También, habrá que plantearse si el sistema actual con el que funcionan los servicios de urgencias de muchos centros es adecuado. Posiblemente se van a requerir grupos multidisciplinarios correctamente formados para el triaje también en patología potencialmente quirúrgica¹.

Seguro nuevos retos vendrán, como son la transformación no sólo de los servicios tradicionales, sino de los hospitales y