



Manifestaciones otorrinolaringológicas más frecuentes en pacientes con infección por SARS-CoV-2 en un servicio de urgencias. Estudio transversal

Most common ENT manifestations in patients with SARS-CoV-2 infection at the emergency room. Transversal study

Sergio Horacio Hernández Paz,* Claudia María García Guzmán,*
Adela Sofía Contreras Mendoza,† Verónica Arreola Castillo‡

Citar como: Hernández PSH, García GCM, Contreras MAS, Arreola CV. Manifestaciones otorrinolaringológicas más frecuentes en pacientes con infección por SARS-CoV-2 en un servicio de urgencias. Estudio transversal. Acta Med GA. 2023; 21 (1): 51-54. <https://dx.doi.org/10.35366/109022>

Resumen

El objetivo del presente estudio fue identificar las manifestaciones clínicas otorrinolaringológicas más frecuentes en pacientes con infección por SARS-CoV-2 atendidos en el servicio de urgencias del Hospital Angeles Lindavista de la Ciudad de México, en el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2020 y el 28 de febrero de 2021; se seleccionaron 30 pacientes de ambos sexos, 17 hombres (56.7%) y 13 mujeres (43.3%), con edades entre uno y 88 años (media de 53.5), con prueba PCR positiva para SARS-CoV-2. Los síntomas encontrados más a menudo al momento del estudio fueron: tos seca en 19 pacientes (63%), faringodinia en 15 (50%), rinorrea anterior hialina en cinco (16.6%), tos productiva en dos (6.6%), disgeusia en dos (6.6%), hiposmia en uno (3.3%), anosmia en uno (3.3%), otalgia en uno (3.3%), disfonía en uno (3.3%) y xerostomía en uno (3.3%). El signo sistémico observado más comúnmente fue fiebre (igual o mayor a 38 °C) en 50% de los casos.

Palabras clave: manifestaciones, otorrinolaringología, infección, SARS-CoV-2, PCR.

Abstract

The objective of this study was to find out the most common ENT clinical manifestations in patients with SARS-CoV-2 infection seen in the emergency department of the Angeles Lindavista Hospital in Mexico City between January 1, 2020, and February 28, 2021. 30 patients of both genders were selected, 17 men (56.7%) and 13 women (43.3%), aged between 1 and 88 years (mean 53.5), with a positive PCR test for SARS-CoV-2. The most frequent symptoms found at the moment of the study were hacking cough in 19 patients (63%), pharyngodynia in 15 patients (50%), runny nose in 5 patients (16.6%), productive cough in 2 patients (6.6%), dysgeusia in 2 (6.6%), hyposmia in 1 patient (3.3%), anosmia in 1 patient (3.3%), earache in 1 (3.3%), dysphonia in 1 (3.3%), and xerostomia in 1 patient (3.3%). The main systemic sign observed was fever (equal to or greater than 38 °C) in 50% of the cases.

Keywords: manifestations, ENT, infection, SARS-CoV-2, PCR.

INTRODUCCIÓN

Al final del 2019 surgió una infección causada por un nuevo coronavirus detectado por primera vez en Wuhan, China. Es un virus ARN perteneciente a la familia *Coronaviridae*. Al principio, el cuadro fue llamado SARS (síndrome res-

piratorio agudo grave) CoV-2. Este virus provoca al inicio alteraciones en el aparato respiratorio. Ingresa a las células humanas a través del receptor de la enzima convertidora de la angiotensina 2.¹ En febrero de 2020 la entidad causada por este virus fue denominada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como "COVID-19" (*coronavirus disea-*

* Médico adscrito al Servicio de Otorrinolaringología.

† Médico interno de pregrado.

Hospital Angeles Lindavista. Ciudad de México.

www.medigraphic.com/actamedica

Correspondencia:

Dr. Sergio Horacio Hernández Paz

Correo electrónico: serginiboy@hotmail.com

Aceptado: 22-06-2022.



se 2019). Afecta a personas con edades de entre cuatro semanas de vida hasta 90 años o más. Es menos frecuente en lactantes y niños y más agresivo en personas de edad avanzada (mayores de 75 años) y con comorbilidades subyacentes. Se transmite de persona a persona a través de microgotas respiratorias (gotas de Flüge) producidas por la persona infectada cuando habla, tose o estornuda^{1,2} y se propaga con rapidez. El contacto directo con una persona con COVID-19 o con superficies contaminadas y el subsiguiente contacto con la propia cavidad nasal, bucal u ocular, también son fuentes de infección. Tiene un periodo de incubación promedio de cinco días, pero puede variar de dos a 14 días.^{1,2}

Ochenta y uno por ciento de las personas con COVID-19 padecerá enfermedad leve o moderada (incluidas personas sin neumonía o con neumonía leve); 14% tendrá enfermedad grave y 5% enfermedad crítica.¹ En cuanto al cuadro clínico de COVID-19, 33% de los pacientes cursan asintomáticos, mientras que el resto manifiesta fiebre (98.6%), fatiga (69.6%), tos seca (59.4%), mialgias (34.8%), artralgias, cefalea, faringodinia, rinorrea, congestión nasal, diarrea, hiposmia, anosmia, disgeusia y ageusia. Se ha reportado que de 5.1 a 98% de los enfermos de COVID-19 tienen alteraciones del olfato y gusto, y pueden manifestarse antes de los demás síntomas, por lo que resulta de suma importancia identificar a estas manifestaciones como posible biomarcador de la enfermedad.³

Los signos y síntomas otorrinolaringológicos que pueden presentar los pacientes son tos seca o productiva, disnea, faringodinia, rinorrea anterior y/o posterior, congestión u obstrucción nasal, dolor, inflamación o enrojecimiento de amígdalas, linfadenopatía cervical, vértigo, etcétera.¹ Los pacientes que desarrollan neumonía por SARS-CoV-2 manifiestan fiebre, tos seca, disnea, y en la radiografía simple y tomografía de tórax se observan infiltrados bilaterales con imágenes en vidrio despulido. Los pacientes pediátricos generalmente experimentan síntomas leves, sin fiebre ni neumonía.

Un factor a tomar en cuenta es que las personas asintomáticas y presintomáticas son infecciosas. Los enfermos pueden ser infecciosos desde uno a tres días antes del inicio de los síntomas. Entre 40 a 50% de los casos pueden atribuirse a transmisión de personas asintomáticas o presintomáticas.¹

El diagnóstico de la enfermedad COVID-19 se realiza con el cuadro clínico característico y se confirma con pruebas moleculares, como la reacción en cadena de polimerasa con transcriptasa inversa (PCR), que detecta la presencia de SARS-CoV-2. Una prueba positiva para el SARS-CoV-2 confirma el diagnóstico de COVID-19 en la gran mayoría de los casos.² Asimismo, se ha utilizado la tomografía computarizada de tórax como un método

auxiliar para la detección de infección por SARS-CoV-2, donde las lesiones más comunes observadas son patrón de vidrio esmerilado, infiltrados y engrosamiento broncovascular, generalmente bilaterales.¹ Al realizarse estudios de laboratorio como complemento, los hallazgos más comunes que se pueden observar son linfopenia, niveles elevados de aminotransferasas y lactato deshidrogenasa, marcadores inflamatorios elevados (ferritina, proteína C reactiva, velocidad de sedimentación, etcétera) y anomalías en pruebas de coagulación.⁴

En cuanto al tratamiento de los pacientes con COVID-19, dependerá del estadio y la gravedad de la enfermedad. Actualmente ningún agente terapéutico ha demostrado ser totalmente eficaz en el tratamiento de la infección por SARS-CoV-2; sin embargo, se están estudiando varios agentes en ensayos clínicos; el uso de medicamentos dependerá de la fase de la enfermedad.²

El impacto sanitario mundial de esta enfermedad, dada la gran cantidad de complicaciones y fallecimientos que hasta el momento ha provocado, hace indispensable su constante y cada vez más profundo estudio, para así poder contar con mayores armas para su diagnóstico y tratamiento adecuados.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, transversal y descriptivo, donde se evaluaron los expedientes de 30 pacientes de ambos sexos, con un rango de edad de entre uno y 88 años, 17 hombres (56.7%) y 13 mujeres (43.3%), que fueron vistos en el servicio de urgencias del Hospital Angeles Lindavista de la Ciudad de México entre el 1 de enero de 2020 y el 28 de febrero de 2021 y diagnosticados con infección por SARS-CoV-2 mediante toma de muestra por hisopado nasofaríngeo (PCR). Debido a que el Hospital Angeles Lindavista es un centro no covid, únicamente se les dio manejo inicial en el servicio de urgencias y fueron trasladados a otra unidad para su atención.

Los criterios de inclusión para el presente estudio fueron los síntomas como fiebre, faringodinia, tos, rinorrea, disgeusia, hiposmia, anosmia, disfonía, etcétera, así como el resultado positivo a infección por SARS-CoV-2 realizado por medio de reacción en cadena de polimerasa (PCR) con transcripción inversa en tiempo real, tomado de muestras de frotis por hisopado nasofaríngeo. Los criterios de exclusión fueron pacientes con sintomatología a su ingreso, pero con prueba PCR SARS-CoV-2 negativa. Como criterio de eliminación la ausencia de síntomas otorrinolaringológicos al ingreso de los pacientes al servicio de urgencias.

Los resultados fueron agrupados en una base de datos, utilizando el SPSS versión 20.1 para el análisis estadístico de los mismos. Las variables cualitativas se presentan como

número y porcentaje, mientras que las variables cuantitativas se resumen como media \pm desviación estándar (DE) en caso de distribución normal, o como mediana (rango), en caso de distribución no paramétrica.

La comparación de las variables cualitativas se realizó mediante la prueba de χ^2 y la prueba exacta de Fisher de acuerdo con valores esperados. Las variables cuantitativas se compararon con t de Student para muestras independientes en caso de distribución normal o U de Mann-Whitney para distribución diferente a la normal. Se consideró $p < 0.05$ como estadísticamente significativa.

RESULTADOS

De los 30 expedientes seleccionados y revisados, 17 fueron de hombres y 13 de mujeres, con un rango de edad de entre uno y 88 años con media de edad de 53.5 (siendo mujer el sujeto más joven y hombre el de mayor edad). El tiempo de evolución de la sintomatología se dividió en tres grupos, donde 15 pacientes (50%) cursaban con menos de cinco días de evolución de su sintomatología, 12 (40%) tenían entre cinco y 10 días, y tres contaban con más de 10 días de evolución (Tabla 1).

Los hallazgos clínicos otorrinolaringológicos más frecuentes fueron: tos seca en 19 pacientes (63%), 10 mujeres y nueve hombres; faringodinia en 15 (50%), 10 hombres y cinco mujeres; rinorrea hialina en cinco (16.6%), tres hombres y dos mujeres; tos productiva en dos (6.6%); disgeusia en dos (6.6%); hiposmia en uno (3.3%); anosmia en uno (3.3%); otalgia en uno (3.3%); disfonía en uno (3.3%); y como principal signo sistémico fiebre > 38 °C en 15 pacientes (50%), 11 hombres y cuatro mujeres (Tabla 2).

DISCUSIÓN

Aun cuando nuestros resultados son similares a los reportados por otros autores en cuanto a las características

Tabla 2: Manifestaciones clínicas de los pacientes con infección por SARS-CoV-2 (N = 30).

Síntomas	n (%)
Otorrinolaringológicos	
Tos seca	19 (63.0)
Faringodinia	15 (50.0)
Rinorrea hialina	5 (16.6)
Tos productiva	2 (6.6)
Disgeusia	2 (6.6)
Anosmia	1 (3.3)
Hiposmia	1 (3.3)
Otalgia	1 (3.3)
Disfonía	1 (3.3)
Xerostomía	1 (3.3)
Sistémicos	
Fiebre	15 (50.0)

clínicas generales de la infección por SARS-CoV-2, es de tomarse en cuenta que nuestra serie de casos no mostró una frecuencia significativa de síntomas otorrinolaringológicos como hiposmia (3.3%), anosmia (3.3%), como han sido reportados en otras series en las cuales se menciona una frecuencia de entre 5.1 y 5.6%; asimismo cabe mencionar que sólo se presentaron en un paciente que estaba cursando con una reinfección. Estos datos probablemente pudieran deberse a que el tamaño de nuestra muestra fue de 30 pacientes, así como al tiempo de evolución que llevaban al momento de ser vistos. Conforme a lo señalado en el artículo de Krajewska J y colaboradores,⁵ 98.6% de los pacientes presenta fiebre, mientras que en nuestra serie sólo 50% (15 pacientes) la mostró; se presentó el caso de una paciente de un año de edad en nuestra serie, lo cual concuerda con lo reportado por Machhi J y asociados,¹ en relación con la frecuencia por edades. Es probable que, con un tamaño de muestra mayor y un seguimiento a largo plazo, se puedan identificar muchas más manifestaciones clínicas otorrinolaringológicas, su evolución y posibles secuelas, para lo cual se necesitan estudios posteriores más amplios.

Sin embargo, y con base en los hallazgos obtenidos en nuestro estudio, podemos establecer la importancia de identificar y tomar en cuenta estos síntomas (no sólo en nuestra especialidad), como posible causa de infección por SARS-CoV-2 para poder así continuar con los estudios complementarios necesarios y realizar un diagnóstico lo más acertado posible con el consecuente y más temprano inicio del tratamiento en estos pacientes.

Es de vital importancia identificar tempranamente los principales síntomas de esta nueva y muy frecuente en-

Tabla 1: Datos basales de la población.

	n (%)
Edad [años], media	53.5
Sexo	
Hombres	17 (56.7)
Mujeres	13 (43.3)
Tiempo de evolución [días]	
< 5	15 (50.0)
5-10	12 (40.0)
> 10	3 (10.0)

fermedad, para establecer de inmediato un diagnóstico y tratamiento adecuados, con base en el conocimiento de sus manifestaciones clínicas más usuales.

Los principales síntomas mostrados en nuestros resultados fueron fiebre, tos seca y dolor de garganta, los cuales, al presentarse juntos y relacionarse a contacto con personas enfermas, viajes recientes o reuniones con personas en lugares cerrados, nos obligarán a pensar en una probable infección por SARS-CoV-2.

El diagnóstico temprano es crucial para controlar la propagación de la COVID-19, así como para prevenir sus posibles complicaciones.

El SARS-CoV-2 ha afectado a más de 100 millones de personas en el mundo, y ha causado la muerte a más de 2 millones, por lo tanto, es imperativo seguir extendiendo nuestros conocimientos en todos los aspectos, para continuar haciendo frente a esta muy frecuente y, en muchos casos, letal enfermedad.

CONCLUSIONES

En nuestra muestra el síntoma más frecuente fue tos seca, seguida de faringodinia; mientras que el signo sistémico más frecuente fue fiebre. La infección por SARS-CoV-2 se

presentó más en adultos que en la edad pediátrica, con una relación hombre/mujer de 1.3:1, y teniendo mayor prevalencia en pacientes con un tiempo de evolución menor de cinco días.

Se pudo observar que se obtuvieron resultados similares a otras publicaciones.

REFERENCIAS

1. Machhi J, Herskovitz J, Senan AM, Dutta D, Nath B, Oleynikov MD et al. The natural history, pathobiology, and clinical manifestations of SARS-CoV-2 infections. *J Neuroimmune Pharmacol.* 2020; 15 (3): 359-386.
2. Williams PCM, Howard-Jones AR, Hsu P, Palasanthiran P, Gray PE, McMullan BJ et al. SARS-CoV-2 in children: spectrum of disease, transmission and immunopathological underpinnings. *Pathology.* 2020; 52 (7): 801-808.
3. Romero-Gameros CA, López-Moreno MA, Anaya-Dyck A, Flores-Najera SS, Mendoza-Zubieta V, Martínez-Ordaz JL et al. Alteraciones del gusto y olfato en el contexto de la pandemia por SARS-CoV-2. Análisis preliminar. *Otorrinolaringología.* 2020; 65 (3): 147-155.
4. McIntosh K, Hirsch M, Bloom A. COVID-19 Clinical features. Up To Date, Inc, 2021.
5. Krajewska J, Krajewski W, Zub K, Zatoński T. COVID-19 in otolaryngologist practice: a review of current knowledge. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2020; 277 (7): 1885-1897.