

Abordaje de la patología proctológica durante la pandemia COVID-19

Approach to proctological pathology during the COVID-19 pandemic

Guerrero Ramírez JL¹, Segura Sampedro JJ^{2,3}, García Granero Á², Craus Miguel A², González Argenté X^{2,3}, de la Portilla de Juan F^{4,5}

¹Hospital General Básico de Riotinto, Minas de Riotinto, Huelva.

²Hospital Universitario Son Espases. Palma.

³Facultad de Medicina de la Universidad de las Islas Baleares. Palma.

⁴Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

⁵ Facultad de Medicina de la Universidad de Sevilla.

INTRODUCCIÓN

En diciembre de 2019 se informó por primera vez de un grupo de casos de neumonía de origen incierto en Wuhan, China, que se extendió rápidamente al resto de China y luego al resto del mundo en un período de tiempo muy corto. El agente causante fue posteriormente identificado como un nuevo virus, dentro del grupo coronavirus (CoV) a su vez perteneciente al linaje beta-coronavirus con más de un 80% de semejanza con el informe previo de SARS-CoV en 2003. Aunque el número de casos nuevos parece estar disminuyendo en China, el número de casos se está incrementando de manera exponencial en los países de Europa, América del Norte y Oriente Medio.

En respuesta a la amenaza emergente planteada por este virus, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró una emergencia de salud pública de preocupación internacional el 30 de enero de 2020, y lo calificó de pandemia el 11 de marzo del mismo año.

La enfermedad se denominó COVID-19, abreviatura de enfermedad por coronavirus 2019 por la OMS, y fue calificado como SARS-CoV-2 por el Comité Internacional de Taxonomía de Virus (ICTV). Junto con los otros coronavirus anteriormente identificados, SARS-CoV y MERS-CoV, los tres causan síndromes de insuficiencia respiratoria aguda.

Además de la clínica característicamente respiratoria se ha identificado sintomatología gastrointestinal en torno a un 20% de los pacientes, de los cuales el síntoma más prevalente es la anorexia en el 26% de los casos, seguido de diarrea, náuseas, vómitos y dolor abdominal en un 10% aproximadamente. Esta afectación gastrointestinal tiene importancia como factor pronóstico y de diseminación de la enfermedad¹⁻⁴.

El metanálisis realizado por Cheung y colaboradores⁵ mostró que la prevalencia de enfermedad grave era más común en pacientes que tenían síntomas gastrointestinales (17,1% vs 11,8%). Wang y colaboradores informaron que el dolor abdominal fue más frecuente en pacientes que requirieron cuidados en la UCI que los que no lo hicieron⁶. Es por esto que los profesionales de la salud debemos conocer el pronóstico potencial de dichos síntomas gastrointestinales, puesto que estos pacientes pueden requerir una vigilancia más estrecha.

CORRESPONDENCIA

José Luis Guerrero Ramírez
Hospital General Básico de Riotinto
21660 Huelva
mdjguer@gmail.com

XREF

CITA ESTE TRABAJO

Guerrero Ramírez JL, Segura Sampedro JJ, García Granero Á, Craus Miguel A, González Argenté X, de la Portilla de Juan F. Abordaje de la patología proctológica durante la pandemia COVID-19. *Cir Andal*. 2020;31(2):139-41.

Varios estudios demuestran que el ARN del SARS-CoV-2 es detectable en muestras de heces de pacientes con COVID-19⁷⁻¹⁰. Incluso se ha llegado a constatar que las muestras de tejido gastrointestinal, obtenidas mediante endoscopia de un paciente con COVID-19, dieron positivo para el ARN de SARS-CoV-2⁸. Además, la enzima convertidora de angiotensina II (ECAII), conocida como el receptor de entrada celular del SARS-CoV-2 (20), tiene una expresividad muy alta en epitelios gástricos, duodenales y rectales⁸. Se ha revelado que el dominio S1 de la proteína espiga del SARS-CoV-2 une el virus a su receptor celular ECAII en las células huésped¹¹ y después de la entrada viral, el ARN y las proteínas específicas del virus podrían sintetizarse en el citoplasma para ensamblar nuevos viriones¹², que pueden a su vez liberarse al tracto gastrointestinal. Xiao et al. recientemente aislaron SARS-CoV-2 en heces, confirmando la liberación de viriones infecciosos al tracto gastrointestinal⁸. Por lo tanto, se especula que la ruta fecal-oral puede servir como una ruta de transmisión alternativa para el SARS-CoV-2.

Es muy importante recalcar que el tiempo de aclaramiento viral no es igual en todas las muestras, y se está evidenciando que existen pacientes que, con muestras respiratorias repetidamente negativas, mantienen su positividad en muestras gastrointestinales. Wu y colaboradores¹³ informaron que un paciente con COVID-19 tuvo muestras fecales positivas 33 días después de que las muestras respiratorias se volvieran negativas, sugiriendo que la replicación del virus en el tracto gastrointestinal puede no ser consistente con la del tracto respiratorio, y la transmisión fecal-oral puede ocurrir incluso después del aclaramiento viral en el tracto respiratorio.

Se ha determinado también que este aclaramiento del virus puede ser modificado por el propio tratamiento. Ling y colaboradores¹⁴ informaron que el aclaramiento viral de las heces fue más prolongado en pacientes con uso de esteroides en comparación con aquellos sin uso de esteroides (20 vs 11 días; $p < 0,001$). El metanálisis realizado por Cheung y colaboradores⁵ evidenció, llamativamente, que el 70% pacientes con ARN positivo en heces eran negativos para muestras respiratorias.

Con todo lo anteriormente expuesto, nos puede ayudar a determinar que la patología proctológica puede ser una fuente de infección perioperatoria, y que se deben tener en cuenta todas las recomendaciones realizadas por las asociaciones científicas, priorizando siempre la patología proctológica urgente y la patología oncológica no demorable, valorando el riesgo-beneficio, así como la optimización del uso de recursos sanitarios acorde a la situación actual.

PATOLOGÍA PROCTOLÓGICA NO URGENTE

Existen otros trastornos proctológicos que si bien son menos habituales, representan una grave carga psicosocial y económica para el paciente, en ocasiones comparable a una enfermedad maligna.

Las fístulas rectovaginal y rectouretral, las lesiones premalignas y las neoplasias malignas anales entran dentro de este criterio. No poder realizar los procedimientos de diagnóstico (incluidas pruebas de imagen y biopsias) plantean dudas éticas ya que su tasa de mortalidad, de no ser tratados adecuadamente, podrían exceder la tasa de la propia COVID-19¹⁵.

Los pacientes con enfermedades de transmisión sexual también merecen especial atención. Su tratamiento durante la pandemia podría aumentar el riesgo de complicaciones postoperatorias debido a la inmunodeficiencia¹⁵.

La exploración rectal y con anoscopio son pasos importantes del examen de proctología, pero la situación actual de pandemia obliga a los cirujanos a usarlos muy selectivamente, debido al riesgo de contagio intrínseco a tales maniobras¹⁵.

La ecografía endoanal se trata también de una herramienta fundamental en la exploración proctológica. Para su uso habremos de tener en cuenta la indicaciones de la AECP (video)

Vídeo

Enlace : <https://www.aecp-es.org/index.php/recomendaciones>

INDICACIONES QUIRÚRGICAS DE PATOLOGÍA PROCTOLÓGICA HABITUAL

Por todo lo anteriormente mencionado, parece evidente que las indicaciones de cirugía programada por causa proctológica no suponen una prioridad durante el periodo de pandemia. Aquellas patologías proctológicas que puedan manejarse mediante tratamiento médico no deberán ser intervenidas. Sin embargo, existe patología proctológica urgente que como veremos a continuación no puede ni debe demorarse. El tratamiento deberá estar enfocado a resolver el problema agudo y mantener ingresado al paciente el menor número de días posible¹⁶.

El manejo de la patología proctológica urgente más habitual será el siguiente:

- Prolapso hemorroidal trombosado: Manejo médico, puede reducirse el prolapso con la aplicación directa de azúcar sobre la mucosa o con infiltración de hialuronidasa más anestésico local y añadirse el tratamiento médico conservador¹⁶.
- Absceso perianal: Manejo quirúrgico. En este caso el tratamiento deberá ser el drenaje quirúrgico urgente. En el caso de evidenciar la fístula perianal primaria, debería ser tutorizada mediante setón¹⁶.
- Sinus pilonidal infectado. Su tratamiento debería ser el drenaje y puesta a plano¹⁶.

BIBLIOGRAFÍA

1. Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, et al. A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med* 2020; 382 (8): 727-733. doi: 10.1056/NEJMoa2001017.
2. Guan WJ, Ni ZY, Hu Y, Liang WH, Ou CQ, He JX, et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *N Engl J Med* 2020; doi: 10.1056/NEJMoa2002032.
3. WHO. Coronavirus disease (COVID-2019) situation reports. 2020. (Accessed at <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports/>).

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 (London, England)* 2020; 395 (10223): 497-506. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30183-5.
5. Cheung KS, Hung IF, Chan PP, Lung K, Tso E, Liu R, Ng Y, Chu MY, Chung TW, Tam AR, Yip CC, Leung K-H, Yim-Fong Fung A, Zhang RR, Lin Y, Cheng HM, Zhang AJ, To KK, Chan K-H, Yuen K-Y, Leung WK, Gastrointestinal Manifestations of SARS-CoV-2 Infection and Virus Load in Fecal Samples from the Hong Kong Cohort and Systematic Review and Meta-analysis, *Gastroenterology* (2020).
6. Wang D, Hu B, Hu C, Zhu F, Liu X, Zhang J, et al. Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients With 2019 Novel Coronavirus-Infected Pneumonia in Wuhan, China. *Jama* 2020; doi: 10.1001/jama.2020.158.
7. Zhang W, Du RH, Li B, Zheng XS, Yang XL, Hu B, et al. Molecular and serological investigation of 2019-nCoV infected patients: implication of multiple shedding routes. *Emerging microbes & infections* 2020; 9 (1): 386-389. doi: 10.1080/22221751.2020.1729071.
8. Xiao F, Tang M, Zheng X, Liu Y, Li X, Shan H. Evidence for gastrointestinal infection of SARS-CoV-2. *Gastroenterology* 2020; 2020.2002.2017.20023721. doi: 10.1053/j.gastro.2020.02.055.
9. Yeo C, Kaushal S, Yeo D. Enteric involvement of coronaviruses: is faecal-oral transmission of SARS-CoV-2 possible? *The lancet Gastroenterology & hepatology* 2020; doi: 10.1016/s2468-1253(20)30048-0.
10. Zhang J, Wang S, Xue Y. Fecal specimen diagnosis 2019 novel coronavirus-infected pneumonia. *J Med Virol* 2020; doi: 10.1002/jmv.25742.
11. Liu Z, Xiao X, Wei X, Li J, Yang J, Tan H, et al. Composition and divergence of coronavirus spike proteins and host ACE2 receptors predict potential intermediate hosts of SARS-CoV-2. *J Med Virol* 2020; doi: 10.1002/jmv.25726.
12. Weiss SR, Navas-Martin S. Coronavirus pathogenesis and the emerging pathogen severe acute respiratory syndrome coronavirus. *Microbiology and molecular biology reviews: MMBR* 2005; 69 (4): 635-664. doi: 10.1128/mmr.69.4.635-664.2005.
13. Wu Y, Guo C, Tang L, Hong Z, Zhou J, Dong X, et al. Prolonged presence of SARS-CoV-2 viral RNA in faecal samples. *The lancet Gastroenterology & hepatology* 2020; doi: 10.1016/s2468-1253(20)30083-2.
14. Ling Y, Xu SB, Lin YX, et al. Persistence and clearance of viral RNA in 2019 novel coronavirus disease rehabilitation patients. *Chin Med J (Engl)* 2020 [epub ahead of print].
15. Di Saverio S, Pata F, Gallo G, Carrano F, Scorza A, Sileri P et al. Coronavirus pandemic and Colorectal surgery: practical advice based on the Italian experience. *Color Dis* 2020. doi:10.1111/codi.15056.
16. Segura-Sampedro JJ, García-Granero A, Reyes L, De la Portilla F. Manejo paciente COVID19 con patología proctológica urgente. 2020: 1-2.