

Comunicaciones

2º Congreso de COVID-19

12-16 de abril de 2021

Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD)

799. VALORACIÓN DE ASISTENCIA COVID-19 POR ESPECIALISTAS EN APARATO DIGESTIVO

Francisco Valverde López, Marta Lecuona Muñoz, Cristina Tendero Peinado, María del Mar Martín Rodríguez, Rita Jiménez Rosales, Clara Heredia Carrasco, Antonio Damián Sánchez Capilla, Patricia Abellán Alfocea, Eva Julissa Ortega Suazo y Eduardo Redondo Cerezo

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España.

Palabras clave: Aparato digestivo. Mortalidad.

Introducción: La sobrecarga de casos que se ha producido en el sistema público de salud español ha motivado que distintas especialidades médicas e incluso quirúrgicas hayan tenido que cambiar su actividad clínica habitual para atender a una enfermedad y un tipo de patología muy diferente al que acostumbran. La capacidad y los resultados de las distintas especialidades médicas o quirúrgicas en la atención de pacientes con COVID-19 ha sido escasamente evaluada en la literatura. El objetivo del presente estudio es valorar los resultados de la atención del servicio de aparato digestivo de nuestro hospital estudiando los índices de mortalidad, ingreso en UCI, reingresos y estancia hospitalaria.

Material y métodos: Los pacientes mayores de 18 años ingresados por COVID-19 y que fueron atendidos integralmente por especialistas de aparato digestivo encargados del apoyo hospitalario a la asistencia COVID fueron incluidos. Se recogieron datos epidemiológicos básicos, comorbilidades, parámetros analíticos al ingreso, PaO₂/FiO₂ y fueron seguidos hasta 20 días tras el alta o su exitus. 2 de los gastroenterólogos implicados fueron entrenados en la asistencia a pacientes COVID en la primera ola de la pandemia y actuaron en el presente estudio como "entrenadores" del resto del equipo. Los resultados de la asistencia por el equipo de aparato digestivo se compararon con una cohorte general de pacientes del hospital atendidos por los servicios de neumología, enfermedades infecciosas y medicina interna ("especialidades COVID").

Resultados: 178 pacientes fueron incluidos de forma prospectiva durante los meses de octubre y noviembre de 2020. 41 pacientes fueron atendidos de forma integral por especialistas de aparato digestivo en planta de hospitalización convencional y 137 fueron atendidos por "especialidades COVID". No existieron diferencias en términos de

mortalidad (14,6% vs 15,4%; $p = 1$), ingreso en UCI (12,1% vs 4%; $p = 0,13$), reingreso (0% vs 2%; $p = 1$) ni estancia hospitalaria ($6,67 \pm 4$ días vs $7,14 \pm 4,5$ días $p = 0,42$).

Conclusiones: Nuestro estudio muestra que la asistencia integral de pacientes con COVID-19 por parte de especialistas entrenados de aparato digestivo es similar a la asistencia ejercida por las especialidades de neumología, enfermedades infecciosas y medicina interna en términos de ingreso en UCI, mortalidad, reingreso y estancia media.

1214. INSUFICIENCIA HEPÁTICA AGUDA POR INFECCIÓN POR SARS-CoV-2

Nuria Saura Blasco, María Hernández Ainsa, Raúl Velamazán Sandalinas, Sandra García Mateo, Cristina Borao Laguna, Samuel J Martínez Domínguez, Gonzalo Hijos Mallada y Luis Cortés García

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España.

Palabras clave: COVID-19. Hígado. ACLF.

Introducción: El SARS-CoV-2 puede afectar al hígado, manifestándose con elevación de las enzimas hepáticas en relación con la respuesta inflamatoria, con la existencia de una hepatopatía crónica subyacente o con la toxicidad por fármacos. Se han descrito casos de mayor riesgo de progresión a COVID-19 grave, mayores alteraciones hepáticas durante el ingreso, y un tiempo de eliminación del virus más prolongado en los pacientes con MAFLD (Metabolic-Associated Fatty Liver Disease).

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente de 60 años con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia y esteatohepatitis no alcohólica. La paciente presenta un cuadro de astenia y fiebre por SARS-CoV-2, ingresando ante la aparición de ictericia de origen intrahepático (ecografía sin dilatación de vía biliar) a los 10 días del inicio de los síntomas. Se observaron datos clínicos y analíticos de insuficiencia hepática aguda con bilirrubina de hasta 20 mg/dl e hipertransaminasemia (AST/ALT 139/90 U/L; GGT/FA 858/229 U/L), asociada a coagulopatía (INR 1,5), encefalopatía hepática manifiesta e insuficiencia renal aguda (creatinina sérica: 2,5 mg/dL). A los 17 días de inicio de los síntomas se produjo una insuficiencia respiratoria aguda que motivó ingreso en UCI con necesidad de ventilación mecánica invasiva. La paciente recibió antibioterapia empírica con piperacilina-tazobactam, remdesivir, dexametasona y plasma hiperinmune, con posibilidad posterior de extubación y mejoría clínica progresiva, tanto del cuadro respiratorio como del hepático y

renal. Planteamos el diagnóstico de insuficiencia hepática aguda sobre crónica en una paciente con MALFD, con infección por SARS-CoV-2 como factor desencadenante. ACLF (Acute-on-Chronic Liver Failure) se define como un síndrome caracterizado por una descompensación hepática aguda que resulta en fallo hepático asociado a uno o más fallos de órganos extrahepáticos. En la definición más ampliamente aceptada se precisa la existencia de cirrosis hepática, si bien según criterios APASL pueden aparecer en hepatopatía crónica sin cirrosis. En este caso, ante la secuencia temporal de la infección, es plausible que la insuficiencia hepática aguda fuese debida al SARS-CoV-2 en el contexto de una hepatopatía crónica sin cirrosis.

Discusión: Dada la creciente prevalencia de MAFLD, se podría plantear que un gran porcentaje de la población presenta mayor riesgo de COVID-19 grave. Resulta necesario un conocimiento del papel de MAFLD en la COVID-19 para optimizar el manejo de estos pacientes.

1312. LA COVID-19 Y EL PÁNCREAS: OTRO ÓRGANO DIANA

Ángela María Arévalo Pardo¹, Laisa Socorro Briongos Figuero¹, Miriam Gabella Martín¹, Jessica Abadía Otero¹, María Jaime Azuara², Raiza Álvarez Paniagua³, Hector García Pardo¹, Amanda Francisco Amador⁴ y Nieves Sobradillo Castrodeza¹

¹Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid, Valladolid, España.

²Gerencia de Atención Primaria Segovia, Valladolid, España.

³Gerencia de Atención Primaria Valladolid Este, Valladolid, España.

⁴Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España.

Palabras clave: COVID-19. Pancreatitis. Infecciones.

Introducción: Aunque la afectación más frecuentemente conocida de la COVID-19 es la pulmonar, se ha demostrado que afecta, en algunos casos de manera larvada, a otros órganos, pudiendo desembocar clínica de los mismos con cierta latencia tras la infección.

Caso clínico: Mujer, 37 años, sin alergias medicamentosas conocidas, obesa. Sanitaria. Infección COVID en junio de 2020 paucisintomática, con desarrollo de inmunidad (títulos de IgG por ELISA 3,37). Desarrollo progresivo desde entonces de molestias inespecíficas abdominales autolimitadas infraestimadas. Aparición de cuadro de dolor abdominal de inicio brusco en hipocondrio derecho, irradiado posteriormente en cinturón, a los 2 meses de la infección COVID-19, con cortejo vegetativo importante, sin fiebre asociada. Intolerancia oral completa, y necesidad de analgesia con opioides en servicio de urgencias. Actualmente finalizando menstruación. Exploración física: Tendencia a la hipertensión, eupneica, SO₂ 97% afebril. ACP: murmullo vesicular conservado, ruidos cardíacos rítmicos. Abdomen globuloso, depresible, doloroso en epigastrio e hipocondrio derecho sin defensa a la palpación, no masas ni megalias, no signos de irritación peritoneal. Exploraciones complementarias: Analítica: no leucocitosis, fórmula normal. Coagulación con dímero D normal. Bioquímica y gasometría venosa sin alteraciones. Sistemático de orina normales. TC Abdominal: sin hallazgos patológicos. Juicio clínico: abdominalgia. Tratamiento y evolución: dieta absoluta, hidratación y analgesia, y observación en servicio de Urgencias, con analgesia endovenosa. Ante la no mejoría, ingreso en Medicina Interna para completar estudio. La sospecha diagnóstica inicial por la localización de inicio del dolor fue una colecistitis alitiásica, iniciándose antibioterapia empírica con piperacilina-tazobactam. Se solicita angioTC pulmonar para descartar tromboembolismo pulmonar, resultando normal. Se solicita una colangio-resonancia magnética con hallazgo de focos de fibrosis compatibles con pancreatitis crónica. Evolución lenta pero favorable, con alta a los 7 días y reincorporación laboral al mes.

Discusión: Se ha demostrado el tropismo del virus por el páncreas en varios estudios, describiéndose incluso casos de pancreatitis aguda en el momento de la infección. Estudios posteriores sugieren afectación de células beta con pérdida de función, incluyéndose el desarrollo precoz de lesiones compatibles con pancreatitis crónica en gente joven.