ALGUNAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS MENOS CONOCIDAS DE LA INFECCIÓN POR COVID-19

En una reciente tele-conferencia transmitida por “streaming” en la que han participado cardiólogos de China, EEUU y Europa se ha afirmado que, en base a los datos encontrados en las autopsias realizadas a los fallecidos por COVID 19, entre el 20% y el 25% de los casos, la causa fundamental de muerte fueron complicaciones severas de aparato cardiovascular más que del respiratorio.

Entre los factores de riesgo cardiovascular que pueden agravar la infección del coronavirus se encuentran aquellos pacientes con antecedentes de infarto de miocardio, angina de pecho, cirugía de revascularización coronaria por by-pass arterio-venoso o por angioplastia complementada con stents intracoronarios, pacientes con arritmias crónicas del tipo de la fibrilación auricular, así como aquellos que sufren de insuficiencia cardiaca crónica, hipertensión arterial mal controlada y diabetes del adulto de difícil control, no en vano, la diabetes quedó definida hace tiempo como una enfermedad cardiovascular de origen metabólico.

Según se sabe, el virus accede al interior del organismo principalmente a través de la vía respiratoria aunque también puede hacerlo atravesando la red capilar externa de los ojos y párpados. En los casos más leves, queda atrapado en las vías respiratorias altas produciendo síntomas ligeros similares a los de una gripe estacional. No obstante, en algunos casos en los que la carga viral ha sido muy alta, la exposición prolongada (sanitarios), coincidente con un sistema inmunitario debilitado (edad avanzada, enfermedades del sistema inmune u otras patologías debilitantes) el virus alcanza la unidad funcional terminal del pulmón: el alvéolo, que es la celdilla para el intercambio gaseoso oxígeno / carbónico lo que se hace gracias a la presencia de una tupida red capilar arterio-venosa.

Es ya sabido que el virus, aparte de inducir una respuesta inflamatoria de alto grado bloqueando la difusión gaseosa alveolar y, por tanto, empobreciendo secundariamente la sangre arterial de oxígeno, es capaz de atravesar la barrera endotelial (la capa unicelular más interna de las arterias y el endocardio) y difundirse a través del torrente sanguíneo a todo el organismo.

Está claro que a nivel pulmonar produce graves cuadros neumónicos pero a nivel circulatorio pone en marcha una cadena de eventos desafortunados conducentes a la trombosis intravascular, potenciando la inflamación y promoviendo la oclusión de las arterias, especialmente en el lecho coronario y cerebral.

Pero además, al infiltrar la unidad funcional cardiaca: el cardiomiocito, induce una inflamación local determinante de una miocarditis viral aguda inductora de fallo cardiaco de diverso grado. Los anatomo-patológos que han realizado las necropsias a los fallecidos por COVID 19, han señalado que la trombosis es más de tipo microvascular que macrovascular que es la que habitualmente vemos en los grandes vasos coronarios epicárdicos responsables de la mayoría de los infartos de miocardio de tipo aterotrombótico. Este trastorno microcirculatorio que produce el virus afecta selectivamente al corazón y al hígado. Es decir, a los pequeños vasos y a la microcirculación visceral bloqueándola.

Este estado pro-trombótico está siendo tratado en algunos centros con anticoagulantes pero si el procedimiento da o no resultado es algo para lo que habrá que esperar para conocer el alcance y la evolución posterior.

Los pacientes hipertensos también parecen más predispuestos a la infección y a su peor evolución aunque no está del todo confirmado excepto para aquellos en los que la hipertensión fue el factor determinante de complicaciones cardiovasculares graves del tipo de la angina, el infarto, el ictus, las arritmias y la insuficiencia cardíaca. Por eso se insiste en que las cifras de tensión tomada con manguito braquial debe situarse entre 120 y 140 mmHg para la máxima y entre 75 y 85 mmHg para la mínima.

En algunos círculos médicos se ha teorizado que los antihipertensivos de la familia de los inhibidores y bloqueadores del sistema-renina-angiotensina-aldosterona, pudieran propiciar el paso del virus al interior de la célula a través de la membrana alveolar y la capa endotelial de las pequeñas arterias, aprovechando que la enzima convertidora de la angiotensina es utilizada por el virus para tal fin. No ha podido aun establecerse con certeza estas sospechas por lo que no existe contraorden para que los pacientes hipertensos continúen tratándose con estos fármacos (inhibidores del enzima de conversión de angiotensina y bloqueadores de los receptores AT1 de la angiotensina 2). Es más, en este estadío del conocimiento médico es más favorable tener bien controlada la tensión arterial que suspender tratamientos que pudieran poner en riesgo la integridad cardiovascular.

También se comentan otras observaciones que no dejan de ser incluso un poco pintorescas. Se dice que los sujetos con grupo sanguíneo A+ estarían más expuestos que otros grupos sanguíneos, pero el grupo A+ es el más abundante dentro de la población general y el Rh- el más infrecuente. Eso es tanto como decir que las personas que miden entre 165 y 180 cms son más proclives a la infección por COVID 19 que los que miden 2 metros o más.

También se ha llamado la atención sobre una manifestación gastrointestinal del COVID 19. En algunos pacientes, las manifestaciones respiratorias y cardiovasculares del virus son poco elocuentes o incluso llegan a estar ausentes, mientras que síntomas del tipo de la diarrea, náuseas, vómitos, falta de apetito y trastornos del olfato (anosmia) y del gusto, serían los elementos típicos de esa variante infectiva. Por tanto, los expertos indican que hay que extremar la limpieza de manos, especialmente cuando se vuelve del baño. También se sugiere que este tipo de manifestaciones clínicas gastrointestinales deberían ser estrechamente vigiladas, descartando o confirmando el origen viral, mediante test diagnósticos selectivos.