



Espectro clínico abdominal no quirúrgico, asociado con COVID-19 durante la temporada alta de influenza 2020-2021

Non-surgical abdominal clinical spectrum associated with COVID-19 during the high season of Influenza 2020-2021

Dr. José de Jesús Coria Lorenzo¹ · Débora Domingo Martínez² · Dr. Jorge Field Cortazares³ · Dr. Jesús Armando Coria Guerrero⁴
Dr. Eduardo Moctezuma Paz⁵

RESUMEN

Introducción: A lo largo de esta pandemia, hemos aprendido que los pacientes pediátricos que enferman, en su gran mayoría, son casos asintomáticos y/o leves, y una pequeña proporción fallece. La principal sintomatología referida fue fiebre y tos; no obstante, reportes posteriores nos indicaron que predominaba la gastrointestinal en niños de menor edad.

Objetivo: Conocer cuál es la sintomatología digestiva presentada en nuestra población pediátrica.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio que coincidió con la temporada alta de influenza 2020-2021.

ABSTRACT

Introduction: Throughout this pandemic we have learned that the vast majority of pediatric patients who become ill are asymptomatic and/or mild cases, and a small proportion die. The main symptoms referred were fever and cough; however, subsequent reports indicated that gastrointestinal symptoms predominated in younger children.

Objective: To know what the digestive symptomatology is presented in our pediatric population.

Materials and Methods: A study was carried out that coincided with the high season of influenza 2020-

¹ Infectólogo Pediatra del Hospital Infantil de México Federico Gómez, SSA.

² Neuróloga Pediatra egresada del Hospital Infantil de México Federico Gómez, SSA.

³ Infectólogo pediatra, profesor investigador de la Universidad Autónoma de Baja California.

⁴ Gineco-obstetra del Hospital Municipal Mariano Matamoros, Tenango del Valle y del Hospital Materno-Infantil del IMIEM, Toluca, Edo de México.

⁵ Pediatra, Secretario de Capacitación de la Sección II del SNTISSSTE.

* Correspondencia: Dr. José de Jesús Coria Lorenzo. Departamento de Infectología, Hospital Infantil de México, Federico Gómez. Dr. Márquez #162, Col Doctores, Delegación Cuauhtémoc.
Correo electrónico: jjcoril@yahoo.com

Se analizaron pacientes con diagnóstico confirmado de infección vs enfermedad por SARS-Cov-2 vs COVID-19 mediante RT-PCR en tiempo real, ambos sexos y todas las edades, que ingresaron al Hospital Infantil de México Federico Gómez con sintomatología digestiva aguda.

Resultados: Analizamos 173 pacientes, de los cuales 28 (17.1%) cursaron con cuadro de dolor abdominal o pélvico. En 10/28 se asociaron con apendicitis aguda, y 17 (60.7%) ingresaron con dolor abdominal y/o un cuadro de gastroenteritis probablemente infecciosa. El tiempo de evolución de la sintomatología al ingreso hospitalario varió 1 a 15 días. La sintomatología presentada fue dolor abdominal en 14 casos (82.35%); irritabilidad, hiporexia y vómito en 10 casos (58.8%); la diarrea solo en 9/17 (52.9%); fiebre y náusea en el 47%. La sintomatología respiratoria fue prácticamente inexistente; polipnea y rinorrea con 3 casos (17.6%), disnea solo en 2 casos (11.7%), taquipnea y cianosis con 1 caso cada uno (5.8%). Predominó el sexo femenino sobre el masculino 13 vs 4 (76.4% vs 23.3%), destacando el grupo escolar con 5 casos (29.3%) y los adolescentes con cuatro casos (23.4%). De acuerdo con la evolución, se consideraron 2 casos sospechosos, 2 más como portadores asintomáticos y solo un caso que evolucionó a MISC.

Discusión: Sin lugar a duda, la sintomatología en el paciente pediátrico menor de 18 años debe replantearse en cuanto a manifestaciones de dolor abdominal con o sin cuadro de gastroenteritis aguda y que cuente con antecedente epidemiológico de contacto reciente con un caso índice tanto confirmado como probable.

Conclusiones: Necesitamos más estudios al respecto de síntomas gastrointestinales tanto quirúrgicos como no quirúrgicos que nos ayuden a brindar una mejor atención ante un posible caso pediátrico de infección por SARS-CoV-2 vs enfermedad de COVID-19.

PALABRAS CLAVE

SARS-CoV-2, COVID-19, dolor abdominal, gastroenteritis aguda.

2021. Patients with confirmed diagnosis were analyzed of infection vs disease by SARS-Cov-2 vs COVID-19, by real-time RT-PCR, both sexes all ages, who were admitted to the Hospital Infantil de México Federico Gómez with acute digestive symptoms.

Results: We analyzed 173 patients, from which 28 (17.1%) presented abdominal or pelvic pain. In 10/28 they were associated with acute appendicitis, and 17 (60.7%) were admitted with abdominal pain and/or a picture of probably infectious gastroenteritis. The time of evolution of the symptoms at hospital admission varied from 1 to 15 days. The symptoms presented were abdominal pain in 14 cases (82.35%); irritability, hyporexia and vomiting with 10 cases (58.8%); diarrhea only in 9/17 (52.9%); fever and nausea in 47%. Respiratory symptoms were practically nonexistent; polypnea and rhinorrhea in 3 cases (17.6%); dyspnea in only 2 cases (11.7%); tachypnea and cyanosis with 1 case each (5.8%). Females predominated over males 13 vs 4 (76.4% vs 23.3%), highlighting the school group with 5 cases (29.3%) and adolescents with four cases (23.4%). According to evolution, 2 suspected cases were considered, 2 more as asymptomatic carriers and only one case that evolved to MISC.

Discussion: Undoubtedly, the symptoms in pediatric patients under 18 years of age should be reconsidered in terms of manifestations of abdominal pain with or without symptoms of acute gastroenteritis and who has an epidemiological history of recent contact with an index case, both confirmed and probable.

Conclusions: We need more studies regarding both surgical and non-surgical gastrointestinal symptoms that help us provide better care in a possible pediatric case of infection by SARS-CoV-2 vs COVID-19 disease.

KEY WORDS

SARS-CoV-2, COVID-19, abdominal pain, infectious gastroenteritis.

Introducción

La enfermedad de la COVID-19, ocasionada por el virus del SARS-CoV-2, ha impactado de forma mundial al ser la primer pandemia del siglo XXI que conocemos oficialmente (a reserva de lo que se comentará más adelante). Fue detectada por primera vez en diciembre del 2019 en Wuhan, China, y ahora sabemos que este es un nuevo brote por un coronavirus distinto a los ya conocidos que afectan a los humanos (el séptimo virus en turno como tal), que inicialmente se identificó como nCoV-2019 para finalmente ser nombrado SARS-CoV-2, y, aunque es más común ataque a los adultos, también puede causar afección en niños.¹⁻³

Para marzo del 2020, un total de 776 artículos han sido revisados respecto al curso de presentación de la infección vs enfermedad; de estos, 18 incluyeron el análisis de niños. Los artículos incluidos fueron publicados de febrero a marzo del 2020, 17 fueron de China e incluyeron niños con antecedente de viaje a Wuhan o que tenían el antecedente de ser contacto de un miembro de la familia afectado; y el otro estudio fue de Singapur.

De estos 18 artículos se extrajeron datos de 1065 niños con infección SARS-CoV-2; 444 casos fueron < 10 años de edad, y 553 dentro de las edades de 10-19 años. Los síntomas predominantes reportados fueron leves e incluyeron comúnmente fiebre y tos, aunque una amplia variedad de otros síntomas fue reportada. Desde inicios de esta nueva pandemia, los reportes en la literatura han coincidido

en que la población pediátrica es menos afectada que la de los adultos, así como que es más común que los niños cursen asintomáticos más fácilmente que los adultos. No obstante, ha habido casos pediátricos con cuadros graves y algunos fatales, como lo es la asociación con MISC (Síndrome Inflamatorio Multisistémico Asociado a COVID-19).⁴⁻⁶ Como tal, la gran mayoría de los estudios iniciales y los posteriores a marzo, en pediatría, han reportado que dentro del espectro clínico abdominal ha predominado la sintomatología gastrointestinal tanto quirúrgica como no quirúrgica, siendo esta última la principal y destacando dentro de los síntomas gastrointestinales dolor abdominal, diarrea, vómito y exantema (*rash*), incluso en la serie de casos de la provincia de Bergamo en Italia que se consideró una asociación entre enfermedad de Kawasaki y la de COVID-19. Otro ejemplo de esto fue lo reportado el 20 de febrero del 2020, cuando la incidencia de COVID-19 inició una rápida escalada en Italia, y para el 25 de marzo del 2020, Italia mostró el segundo mayor número de casos de COVID-19 a nivel mundial y el mayor número de muertes, destacando que los niños menores de 18 años de edad que tuvieron COVID-19 correspondieron a solo el 1% de número total de pacientes identificados, y 11% de esos niños fueron hospitalizados, pero ninguno murió. Llamó la atención que, dentro de la sintomatología reportada en estos niños, además de los datos respiratorios encontrados, hubo muchos casos con náusea, vómito y diarrea, así como otros más con dolor abdominal, sintomatología digestiva que no se había considerado de forma estricta en otros artículos. En nuestro país, un reporte del INP (Instituto Nacional de Pediatría) conducido del 1 de abril al 18 de septiembre del 2020 que incluyó a 86 niños hospitalizados menores de 10 años encontró que las principales manifestaciones fueron fiebre (81%), tos (51%) y cefalea (35%), destacando dentro de los síntomas gastrointestinales el dolor abdominal (25.6%), vómito (19%) y diarrea (7%).⁶⁻¹⁰ Desde entonces, los reportes pediátricos han considerado evaluar el espectro clínico abdominal tanto quirúrgico como no quirúrgico.

SARS-CoV-2

Objetivo

En razón de que la gran mayoría de reportes en la literatura sobre las características clínicas de la COVID-19 en el paciente pediátrico apuntan hacia un mayor número de sintomatología digestiva que respiratoria, consideramos pertinente evaluar qué hay al respecto en nuestros pacientes atendidos en nuestro hospital, y en una época de mayor impacto de circulación de virus respiratorios, como el de la influenza. Sobre todo porque, acorde con la definición operacional de esa fecha, no se tenía considerada la sintomatología digestiva.

Materiales y métodos

Diseño del estudio

Realizamos un estudio prospectivo descriptivo y observacional durante el lapso comprendido entre las semanas epidemiológicas de la temporada alta de influenza 2020-2021 (semana 40 a la 20), que comprendieron del 27 de septiembre del 2020 al 21 de mayo del

2021. Este estudio se llevó a cabo en el Hospital Infantil de México Federico Gómez, que es un hospital de atención de tercer nivel. Se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico de infección vs enfermedad por SARS-Cov-2 vs COVID-19 de ambos sexos, independientemente de la edad, ingresados al Hospital Infantil de México. Originalmente, este estudio se realizó tomando como punto

de análisis la temporada de influenza 2020-2021 para ver si había una coinfección asociada con el SARS-CoV-2, cuyos resultados se describen en otra publicación. De ese análisis se desprende este reporte también, debido a

que observamos que había varios casos con problemas quirúrgicos (tipo apendicitis aguda) y no quirúrgicos cuyo cuadro destacaba por sintomatología digestiva, principalmente. Por ello, los autores consideramos importante hacer este reporte.

Consideraciones éticas y criterios de inclusión

Este estudio cumplió con los lineamientos de la Declaración de Helsinki en materia de investigación y ética. Incluimos en este estudio a todos los pacientes que se consideraran dentro de los criterios para infección vs enfermedad por SARS-CoV-2 vs COVID-19 con base en la definición operacional de caso sospechoso de enfermedad respiratoria viral, emitido el 24 de septiembre del 2020; que a la letra dice: persona de cualquier edad que en los últimos 10 días haya presentado al menos uno de los siguientes signos y síntomas mayores: **tos, fiebre, disnea (dato de gravedad) o cefalea**, acompañados de al menos uno de los siguientes signos o síntomas menores: Mialgias, Artralgias, Odinofagia, Escalofríos, Dolor torácico, Rinorrea, Anosmia, Disgeusia y/o conjuntivitis.

En menores de cinco años de edad, la irritabilidad puede sustituir la cefalea.⁷

Y dado que, por normatividad, a todos se les debe tomar una prueba, no fue requisito que los pacientes contaran con carta de consentimiento informado y/o autorización del padre o tutor en un momento dado.

Aunado a ello, todo paciente que hubiese ingresado con un cuadro de dolor/distensión abdominal, diarrea, náusea, vómito, pérdida del apetito e irritabilidad.

Identificación de pacientes

Además del cuadro clínico de ingreso acorde a la definición operacional del 24 de septiembre

Este estudio cumplió con los lineamientos de la Declaración de Helsinki en materia de investigación y ética. Incluimos en este estudio a todos los pacientes que se consideraran dentro de los criterios para infección vs enfermedad por SARS-CoV-2 vs COVID-19



En total, quedaron 163 pacientes, de los cuales **hubo 28** (17.1%) que cursaron con cuadro abdominal, ya fuese sintomatología de dolor abdominal vs pélvico, así como con o sin cuadro enteral, o solo náusea y vómito

del 2020, se investigó sobre signos y síntomas respiratorios y, principalmente, abdominales que sugirieran o no un cuadro quirúrgico. Se solicitó un control radiológico de abdomen, así como una interconsulta a cirugía para determinar si el evento de dolor abdominal o la sospecha de diagnóstico de ingreso correspondían a un posible evento que ameritase manejo quirúrgico por posible apendicitis aguda o de algún otro tipo. Los pacientes en que se corroboró un proceso que ameritase manejo quirúrgico se excluyeron de este análisis (los resultados al respecto están publicados en: *Rev Enferm Infecc Pediatr* 2022;35(141):2120-31.).

Como tal, de igual manera el diagnóstico de infección por SARS-CoV-2 vs enfermedad de COVID-19 se realizó por medio de toma de hisopado nasal y nasofaríngeo. Las muestras fueron procesadas por medio de RT-PCR en tiempo real para SARS-CoV-2 utilizando el equipo Quant Estudio 5 para la determinación de Gen E, GenRdRp, Gen RP y Proteína N.

Resultados

Al término de este estudio encontramos un total de 173 pacientes ingresados con diagnóstico de infección por SARS-CoV-2 vs enfermedad asociada (COVID-19), de los cuales se descartaron 7 pediátricos y 3 que correspondieron a adultos. De los pediátricos, en 6 no se corroboró el diagnóstico por laboratorio, y en uno no se encontró su expediente. En total, quedaron 163 pacientes, de los cuales hubo 28 (17.1%) que cursaron con cuadro abdominal,

ya fuese sintomatología de dolor abdominal vs pélvico, así como con o sin cuadro enteral, o solo náusea y vómito. De estos 28 pacientes, 11 (39.3%) ingresaron con Diagnóstico de apendicitis aguda, de los cuales en 1 (3.5%) se descartó y se consideró portador asintomático. Como tal, solo en 10 (35.8%) pacientes se corroboró un cuadro de afección apendicular (este reporte está en otra publicación).

De los 28 pacientes, 17 (60.7%) ingresaron sin cuadro quirúrgico, el tiempo de evolución de la sintomatología al ingreso hospitalario varió entre 1 – 15 días. De los 17, hubo 14 con sintomatología de dolor abdominal, no obstante que en 8 el motivo de ingreso fue por GEPI (Gastroenteritis probablemente infecciosa) y probable infección por SARS-CoV-2. En 2 de estos 8, el dolor abdominal era en estudio; en 7 se consideró que fue un cuadro agudo de GEPI asociado al SARS-CoV-2, de los cuales en uno se identificó *C. difficile* y en otro que el cuadro de GEPI fue probablemente relacionado al SARS-CoV-2. De 9 casos que ingresaron solo con dolor abdominal en estudio, 2 fueron asociados con GEPI, 1 con síndrome de Down, 2 se egresaron como un cuadro leve por SARS-CoV-2, 2 más fueron portadores asintomáticos; en 3 se consideró como un cuadro agudo de GEPI por SARS-CoV-2, 1 se consideró como sospechoso (por antecedente de contacto en casa y PCR negativa) y 1 más desarrollo MISC. De los 8 restantes del total de 17, hubo 2 casos extras con cuadro abdominal, 1 ingresó como obstrucción intestinal del RN y el otro como sepsis de foco abdominal; finalmente, ambos se dejaron solo como infección por SARS-CoV-2. Otros 5 egresaron como cuadro agudo y 1 como sospechoso (ya que la PCR quedó pendiente y no se tuvo su resultado como tal, posiblemente no se realizó). Como tal, en 15 (88.2%) de los 17 el resultado de la PCR fue positivo. De los 17 casos analizados no falleció ninguno. Como tal, en la **Tabla 1** se muestran tanto el diagnóstico de ingreso como de egreso, la edad, el sexo de estos y el grupo etario correspondiente.

De los 17 pacientes analizados, predominó el sexo femenino (76.4%) sobre el masculino (23.3%); 13 vs 4, respectivamente. Con mayor número de casos en relación al grupo etario, el primero fue el de los escolares (29.3%), correspondiendo a un total de

Diagnóstico de ingreso	Días de evolución	Sexo	Edad años/meses	Grupo etario	Diagnóstico de egreso	Evolución
Dolor abdominal +GEPI + Probable Infección por SARSCoV-2	10	F	2/4	Lactante Mayor	Se consideró un cuadro agudo de GEPI probablemente por SARSCoV-2	Vivo
Dolor Abdominal y Pélvico en estudio	5	F	16/0	Adolescente	Se consideró como un cuadro leve por SARS-CoV-2	Vivo
Dolor abdominal + GEPI (Diarrea Funcional) + Probable Infección por SARSCoV-2	8	F	1/5	Lactante Menor	Se consideró un cuadro agudo de GEPI por SARSCoV-2	Vivo
Dolor abdominal + GEPI + Probable Infección por SARSCoV-2	2	M	3/0	Preescolar	Sospechoso (Antecedente de contacto en casa) PCR negativa y cuadro agudo de GEPI	Vivo
Dolor Abdominal en estudio + GEPI	1	M	7/0	Escolar	Se consideró un cuadro agudo de GEPI por SARSCoV-2	Vivo
Dolor Abdominal en Estudio (Probable Colangitis)	2	F	11/5	Escolar	Possible Portador asintomático	Vivo
Dolor Abdominal en estudio	15	F	7/0	Escolar	Sospechoso (PCR se quedo pendiente)	Vivo
Dolor Abdominal (Probable Colitis Neutropénica)	7	M	5/0	Preescolar	Se consideró como un cuadro leve por SARS-CoV-2	Vivo
Dolor abdominal (Masa en Estudio)	2	F	8/5	Escolar	Possible Portador asintomático	Vivo
Dolor Abdominal en estudio + GEPI	3	F	14/0	Adolescente	Se consideró un cuadro agudo de GEPI por SARSCoV-2	Vivo
Obstrucción Intestinal del RN no especificada	2	F	0/1	Lactante Menor	Se dejo solo como infección por SARS-CoV-2	Vivo
Dolor abdominal + Choque séptico de foco abdominal	1	F	15/11	Adolescente	Se dejo solo como infección por SARS-CoV-2	Vivo
GEPI + ERGE + Otras Obstrucciones del Intestino + Probable Infección por SARSCoV-2	2	F	0/5	Lactante Menor	Se consideró un cuadro agudo de GEPI por SARSCoV-2	Vivo
GEPI + Probable Infección por SARSCoV-2	3	F	0/1	Lactante Menor	Se consideró un cuadro agudo de GEPI por SARSCoV-2	Vivo
Dolor Abdominal + Sx febril + Sx Diarreico + Exantema	5	M	13/3	Adolescente	Se dejo solo como infección por SARS-CoV-2	Vivo
Dolor abdominal +GEPI + Probable Infección por SARSCoV-2	3	F	13/2	Escolar	Se consideró un cuadro agudo de GEPI por SARSCoV-2 y coinfección con <i>C. difficile</i>	Vivo
Dolor Abdominal + Sx de Down	4	F	5/1	Preescolar	Se consideró un cuadro agudo GI por SARSCoV-2	Vivo

Tabla 1. Relación de casos con cuadro abdominal no quirúrgico al momento de su ingreso y egreso, y su asociación en cuanto a sexo, edad, grupo etario y evolución. En esta tabla se muestra la morbimortalidad asociada de SARS-CoV-2 (COVID-19) en pacientes hospitalizados con sintomatología abdominal no quirúrgica, atendidos en un tercer nivel.

5 (1 masculino y 4 femeninos), seguido del grupo de lactante menor con 4 casos (23.5%), todos ellos femeninos; así como cuatro adolescentes (23.5%), siendo estos un masculino y tres femeninos; preescolares solo se registraron 3 casos (17.5%), dos masculinos y un femenino; y dentro del grupo de lactantes menores, solo hubo un caso (5.8%) (Tabla 2).

Si bien es cierto que el motivo de su ingreso fue por un cuadro doloroso abdominal o gastrointestinal (parte del motivo de este estudio), por igual hubo sintomatología diferente, incluyendo la respiratoria. No obstante, los datos clínicos abdominales y gastrointestinales predominaron sobre los demás. Dentro de estos destacó el dolor abdominal en 13 casos (76.4%), seguido de irritabilidad, hiporexia y vómito en 10 (58.8%), diarrea solo en 9 casos (52.9%), fiebre y náuseas en 8 de ellos (47%) y taquicardia en 7/17 (41.1%). Estos datos se muestran en la Tabla 3 y el Gráfico 1. Por igual, en la tabla 3 se muestran los otros signos y síntomas menos frecuentes encontrados en estos pacientes. En dicha tabla se hace un comparativo de proporciones de la sintomatología más frecuente

como la menos encontrada entre los 17 casos, vs el número que inicialmente se captó de 28 pacientes que ingresaron con dolor abdominal y/o cuadro enteral, y que al corte se eliminaron los que requirieron manejo quirúrgico (que finalmente fueron 10 con cuadro apendicular, y que está en otra publicación). La Gráfica 2 muestra la proporción de síntomas encontrados menos frecuentemente en este estudio. En cuanto a la saturación de oxígeno, en 7 pacientes no se registró a su ingreso, pero en los 10 restantes, hubo uno con 88% y el resto varió entre 90%, 95% y 98%. El paciente que desarrolló el MIS-C presentó en su tórax infiltrado reticular bilateral y en la TA de tórax se corroboró afección pulmonar, caracterizada por infiltrado en vidrio despulido bilateral de predominio en segmentos posteriores. El paciente con Sx de Down que ingresó por dolor abdominal, a pesar de no tener ningún síntoma respiratorio ni diarrea, pero si otros datos gastrointestinales, se realizó como protocolo TA de tórax, encontrando múltiples zonas de consolidación en ambas bases pulmonares. Por otro lado resalta el hecho de que ninguno de los pacientes analizados falleció.

Sexo y grupo etario	Número	Porcentaje N=17
Masculino	4	23.3
Preescolar	2	11.7
Escolar	1	5.8
Adolescente	1	5.8
Femenino	13	76.4
Lactante menor	4	23.5
Lactante mayor	1	5.8
Preescolar	1	5.8
Escolar	4	23.5
Adolescente	3	17.6
Total	17	100

Tabla 2. Relación del número de casos en cuanto a sexo y grupo etario. Nótese el mayor número de casos femeninos y de escolares con sintomatología gastrointestinal no quirúrgica. En el global cabe señalar que son menores de 18 años..

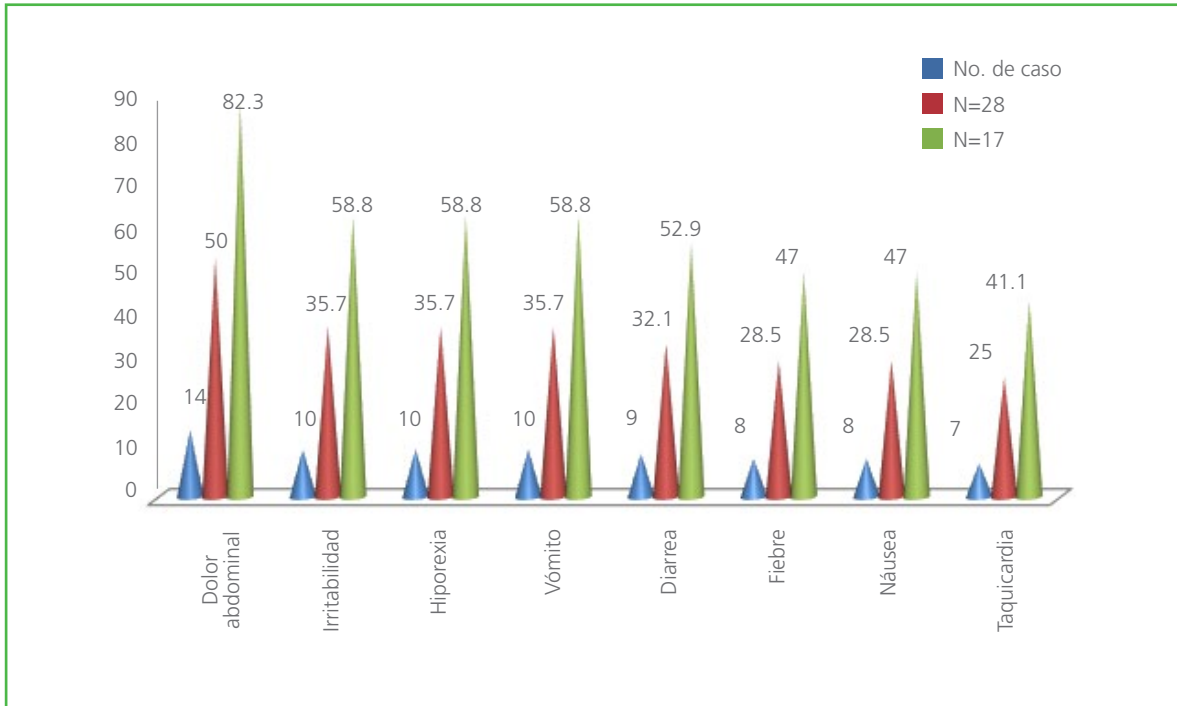
Sintomatología más frecuente	No. de casos	N=17	N=28
Dolor Abdominal	14	82.35	50
Irritabilidad	10	58.8	35.7
Hiporexia	10	58.8	35.7
Vómito	10	58.8	35.7
Diarrea	9	52.9	32.1
Fiebre	8	47	28.5
Náusea	8	47	28.5
Taquicardia	7	41.1	25
	Otros síntomas		
Calosfríos	4	23.5	14.2
Polipnea	3	17.6	10.7
Rinorrea	3	17.6	10.7
Disnea	2	11.7	7.1
Mialgias	2	11.7	7.1
Artralgias	2	11.7	7.1
Conjuntivitis	2	11.7	7.1
Extantema	2	11.7	7.1
Taquipnea	1	5.8	3.5
Cianosis	1	5.8	3.5
Fatiga	1	5.8	3.5
Cefalea	1	5.8	3.5
Confusión	1	5.8	3.5

Tabla 3. Síntomas más frecuentes asociados con SARS-CoV-2 y un proceso abdominal no quirúrgico. En esta tabla resalta el dolor abdominal como el principal síntoma gastrointestinal asociado con infección por SARS-CoV-2. Y por igual resalta los pocos datos respiratorios observados aunado a muchos síntomas inespecíficos.

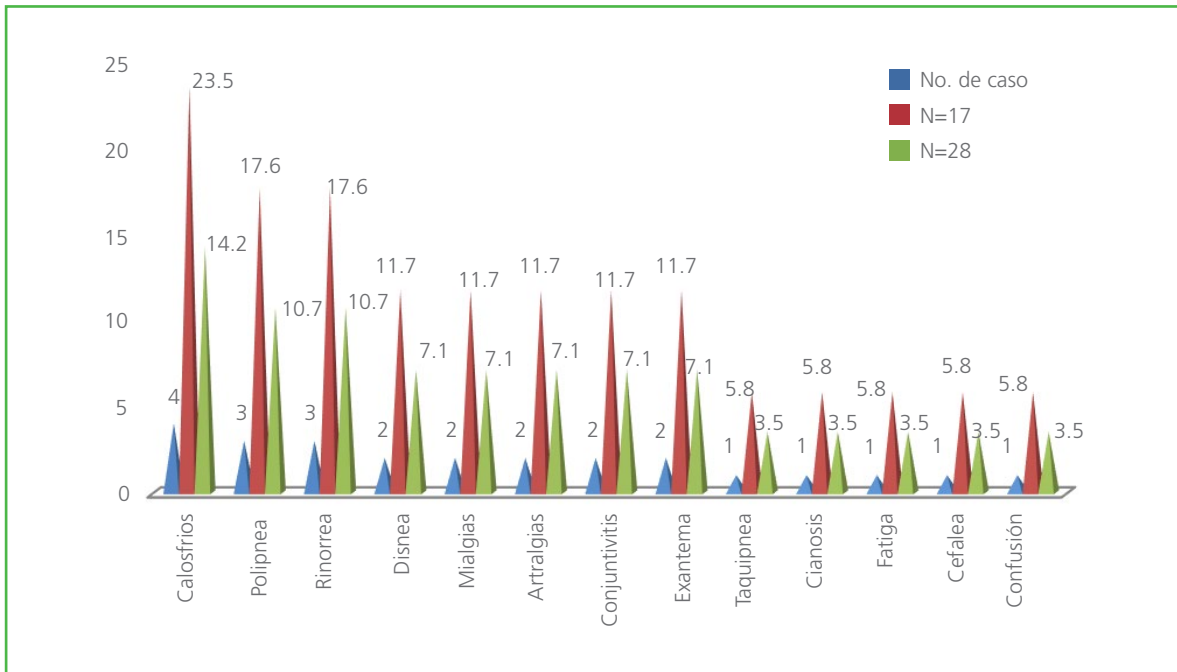
Análisis y discusión

Sin lugar a duda, la sintomatología en el paciente pediátrico menor de 19 años debe replantearse en cuanto a considerar que pueden ser más frecuentes los síntomas gastrointestinales (dolor abdominal, diarrea, vómito y náusea) que los respiratorios, haciendo énfasis en que el paciente cuente con antecedente epidemiológico de contacto re-

ciente con un caso índice tanto confirmado como probable. Un estudio realizado también en el Hospital Infantil de México Federico Gómez en el área de urgencias de abril a julio del 2020 reportó 50/92 casos confirmados con COVID-19, de los cuales la fiebre fue el síntoma principal encontrado en 35 casos (70%), seguida de vómito, diarrea y dolor abdominal que se presentaron en 11 pacientes (22%), e hiporexia en 9 (18%). Dentro de los datos respiratorios, aunque inespecíficos y variados, predominaron eri-



Gráfica 1. Relación de síntomas más frecuentes de espectro abdominal no quirúrgico en pacientes con infección/enfermedad por SARS-CoV-2 / COVID-19. Se muestra la relación de proporciones entre los 28 casos inicialmente captados con proceso abdominal que derivó en quirúrgico (datos publicados en otro artículo), y de los cuales analizamos solo 17 con proceso gastrointestinal. Siendo el dolor abdominal el punto cardinal sobresaliente.



Gráfica 2. Síntomas menos relacionados en pacientes con cuadro de espectro abdominal no quirúrgico, con infección/enfermedad por SARS-CoV-2 / COVID-19. Se muestra la relación de proporciones de síntomas menos frecuentes observados entre los 28 casos inicialmente captados con proceso abdominal que derivó en quirúrgico (datos publicados en otro artículo), y de los cuales analizamos solo 17. En este gráfico no observamos predominio de algún signo o síntoma respiratorio asociado, en su mayoría datos inespecíficos.

tema faríngeo en 30 casos (60%), tos seca en 18 casos (36%), rinitis en 13 casos (26%) y dolor de garganta en 12 de ellos (24%).¹¹ En un metaanálisis de marzo 31 del 2020 que reportó 1667 pacientes pediátricos, solo el 7% presentó sintomatología digestiva y resaltó la respiratoria (tos, tos productiva, rinorrea, disnea, dificultad respiratoria, dolor de garganta y obstrucción nasal) entre el 6-19% de los casos analizados.¹² Los CDC el 6 de abril del 2020 hacen una comparación de síntomas entre adultos (>18-64 años) y niños (<18 años), donde es cierto que en ambos casos predominaron los síntomas respiratorios, amén del principal que fue la fiebre (93% adultos vs 73% niños) tales como tos (80% adultos vs 54% niños), dificultad para respirar (43% adultos vs 13% niños) y dolor de garganta (35% adultos vs 24% niños). No obstante, la sintomatología digestiva como náusea, vómito, dolor abdominal y diarrea se manifestó en ambos grupos, predominando en los adultos.¹³ En el estudio de la Dra. Macías en el INP (Instituto Nacional de Pediatría), donde analizaron 86 pacientes de abril a septiembre del 2020, es cierto que el síntoma principal fue la fiebre (81%) seguida de tos (51%) y cefalea (35%); los síntomas gastrointestinales también fueron más comunes, destacando dolor abdominal (25.6%), vómito (19%) y diarrea (7%).¹⁰ Como tal, acorde a los datos encontrados en nuestro análisis, observamos que el dolor abdominal (14/17 casos [82.35%]) y el cuadro enteral (9/17 [52.9%]) fueron la condicionante de ingreso a hospitalización, y que la hiporexia, vómito, fiebre y náusea constituyen la otra sintomatología gastrointestinal que predominó en nuestros pacientes (Tabla 3). Como tal, los diferentes reportes que hay en la literatura nos señalan que los síntomas gastrointestinales no deben ser menospreciados, mucho menos ahora con la nueva cepa de ómicron, donde, de alguna forma, la sintomatología es mucho menos clara y da signos y síntomas inespecíficos (o incluso hay más asintomáticos). Habrá que tener una cierta suspicacia en cuanto a considerar si existe el antecedente epidemiológico, que un cuadro de dolor abdominal o un evento de gastroenteritis puede ser un cuadro asociado a infección por SARS-CoV-2 y terminar en una enfermedad de COVID-19.

Conclusiones

Este comparativo de nuestros casos analizados refleja que la sintomatología en los grupos de edad de menos de 18 años puede ser como la propia de un cuadro enteral simplemente o estar asociado a un evento quirúrgico (apendicitis aguda), por lo que nuestros resultados consideran que debemos tratar de consensuar y recopilar mayores datos al respecto en los grupos de edad pediátrica menores de 18 años donde, a menudo, cursan con signos y síntomas inespecíficos e incluso sin datos de sintomatología respiratoria, pero sí con la característica de dolor abdominal, vómito y diarrea.

El tener una base de datos más amplia y tratar de hacer estudios colaborativos permitirá identificar o categorizar grupos de edad con riesgo diferente de infección vs enfermedad por SARS-CoV-2 / COVID-19, que incluso sea parte de un evento quirúrgico asociado. De esta forma, quizá podamos diseñar un cuadro clínico más confiable por grupos de edad.

Agradecimientos:

Les damos las gracias a todos aquellos que compartieron información para la preparación de este trabajo.

Conflicto de intereses: Para la elaboración de este manuscrito los autores declaran que no hubo ni hay conflicto de interés alguno, incluyendo el comercial y el económico.

Financiamiento: Todo lo referente a material y equipo necesario para la elaboración de este escrito corrió a cargo de los autores.



Los síntomas gastrointestinales no deben ser menospreciados, mucho menos ahora con la NUEVA CEPA DE ÓMICRON, donde, de alguna forma, la sintomatología es mucho MENOS CLARA y da signos y síntomas inespecíficos

REFERENCIAS

1. PRO/AH/EDR>Undiagnosed pneumonia China (HU);RFI Archive Number:20191230.6864153.
2. <https://www.firstpost.com/health/55-yr-old-hubei-resident-who-contracted-coronavirus-on-17-november-could-have-been-the-patient-zero-says-chinese-media-8151371.html>
3. Coria-Lorenzo JJ, Calva-Rodríguez RG, Unda-Gómez JJ, Martínez-Núñez JG, García Carrillo LE, Neme-Díaz GA, Soto-Ramos M, Muñoz-Alonso R, Coria-Guerrero JA, Fiel-Cortazares J, Chacón-Cruz E, Martínez-Medina L, López-Pérez JT; Academia Mexicana de pediatría. Consenso sobre la Infección por COVID-19 (SARSCoV-2). *RevEnfermInfeccPediatr*. 29020; 32(132)1656-91.
4. Naira M Mustafaa,b,* , Laila A Selimc Characterization of COVID-19 Pandemic in Paediatric Age Group: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Clinical Virology* 128 (2020) 104395. <https://doi.org/10.1016/j.jcv.2020.104395>
5. Children and Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *AAP Grand Rounds* 2020;44;5 DOI: 10.1542/gr.44-1-5.
6. Godfred-Cato Sh, Bryant B, Leung J, Oster ME, Conklin L, Abrams J, Roguski K, Wallace B, *et al*. COVID-19–Associated Multisystem Inflammatory Syndrome in Children — United States, March–July 2020. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report Early Release / Vol. 69 August 7, 2020. 1-7.*
7. Wu Z, Mc Googan JM. Characteristics of and Important Lessons from the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72,314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA*. 2020;323(13):1239–1242. doi:10.1001/jama.2020.2648
8. Niccolo Parri, M.D. Matteo Lenge, Ph.D. Danilo Buonsenso, Children with Covid-19 in Pediatric Emergency Departments in Italy. *N. Engl J Med.* nejm.org. May 1, 2020: 1-4.
9. Verdoni Lucio, Mazza A, Gervasoni A, Martelli L, Ruggeri M, Ciuffreda M, Bonanomi E, & D'Antiga L. An outbreak of severe Kawasaki-like disease at the Italian epicentre of the SARS-CoV-2 epidemic: an observational cohort study. www.thelancet.com Published online May 13, 2020 [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31103-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31103-X).
10. Macías MP, Fortes SG, Aguilar NG, Díaz LG, Otero F Mendoza, Arias e de la G, Ordoñez JO, Palacios DR, *et al*. Clinical and Epidemiological Characteristics of Paediatric Patients Diagnosed with COVID-19 in a Tertiary Hospital in Mexico City. *Journal of Tropical Pediatrics*. 2021, 00, 1–9 doi: 10.1093/tropej/fmab025.
11. Bustos EC, Castillo DG, Cerón MR, y Soler NQ. Clinical Spectrum of COVID-19 in a Mexican Pediatric Population. *Indian Pediatrics*. 2021; 58, February 15: 126-28.
12. Wang Z, Zhou Q, Wang Ch, Shi Q, Lu S, Ma Y, Luo X, Xun Y, *et al*. Clinical characteristics of children with COVID-19: a rapid review and meta-analysis. *Ann Transl Med* 2020;8(10):620 | <http://dx.doi.org/10.21037/atm-20-3302>.
13. MMWR. CDC. Morbidity and Mortality Weekly Report Prevention. Coronavirus Disease 2019 in Children — United States, February 12–April 2, 2020. *Early Release / Vol. 69 April 6, 2020.1-5.*

Este artículo debe citarse como:

Coria-Lorenzo JJ, Domingo-Martínez D, Fiel-Cortazares J, Coria-Guerrero JA, Moctezuma-Paz E. Espectro clínico abdominal no quirúrgico, asociado con COVID-19 durante la temporada alta de Influenza 2020-2021 *Rev Enferm Infecc Pediatr* 2022;35(142):2148-58