

Evaluación integral de un anciano con cáncer de páncreas que deja de ser silente después de tratamiento para COVID-19

Comprehensive evaluation of an elderly man with pancreatic cancer who becomes silent after treatment for COVID-19

AUTORES:

Alain Raimundo Rodríguez-Orozco^a, Martha Estrella García-Pérez^b, Christian Cortés-Rojo^c, Rocío del Carmen Montoya Pérez^c

^aFacultad de Ciencias Médicas y Biológicas “Dr Ignacio Chávez”. Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. México. Dirección. Dr Rafael Carrillo Alcántar, esquina Dr Salvador González Herrejón S/N, Colonia Cuauhtémoc, Postal Code 58020. Tel 52+4433120014

^bFacultad de Quimicofarmacobiología. Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. México.

^cInstituto de Investigaciones Químico Biológicas. Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. México.

Autor para correspondencia: Alain Raimundo Rodríguez-Orozco
E-MAIL: alain.rodriguez@umich.mx

INTRODUCCIÓN

Se ha establecido que en ancianos la enfermedad COVID-19 la frecuencia de fiebre alta, disnea, cefalea y tos suele ser menor que en el resto de la población y erróneamente se ha pensado que es una presentación atípica. Se presenta el estudio integral de un anciano con Covid-19 y cáncer de páncreas desde su llegada a atención primaria.

Hombre 93 años de edad, que acude a consulta de medicina familiar, con reciente diagnóstico de diabetes e hipertensión arterial para lo que recibió linagliptina 2.5 mg/metformina 850 mg cada 12 h, glimepirida 2 mg cada 12 horas y enalapril 20 mg /hidroclorotiazida 12,5 mg, diarios. Índice de masa corporal 24.9. Tenía total independencia cuando esta se exploró con el Índice de Barthel, modificado por Shah [1]. No presentaba deterioro cognitivo, aunque sí tristeza por la pérdida reciente de la esposa la cual falleció cinco días antes por COVID-19. El anciano pertenecía a una familia funcional, cuando se evaluó esta con el apgar familiar.

Temperatura axilar 37.7 °C, dolor de garganta, dolores musculares inespecíficos, fatiga y náuseas. Prueba positiva para COVID-19 por PCR e IgM positiva. Extensa neumopatía intersticial bilateral en tomografía, saturación de oxígeno 83%, tensión arterial 165/77 mmHg, frecuencia cardiaca 78 latidos por minuto. Recibió tratamiento con vitamina C 2 g y vitamina D 4000 ui diarios 20 días, omeprazol 40 mg diarios 10 días, dexametasona 6 mg diarios 7 días y 2 g diarios 4 días, Ceftriaxona 1g diario 4 días, Azitromicina 500 mg primer día y 250 mg diarios 6 días, lopinavir/ritonavir 200mg/50 mg vía oral cada 12 horas 14 días, ribavirina 400 mg cada 8 horas 10 días (en ese momento, esa triple

terapia antiviral era recomendada inicialmente en casos con alto riesgo de complicaciones) , enoxaparina 80 mg diarios en inyección subcutánea 7 días, y continuó su tratamiento con linagliptina 2.5 mg/metformina 850 mg cada 12 horas y enalapril 20 mg /hidroclorotiazida 12,5 mg, diarios.

Dieciséis días después de iniciar tratamiento para COVID se quejó de fuerte dolor en la parte alta del abdomen, que no cedió con antiinflamatorios no esteroideos, náuseas, disminuyó el apetito, apareció íctero en piel y conjuntiva y prurito intenso. Los estudios de laboratorio al inicio y al día 16 se muestran en la tabla 1. Se realizó colangiopancreatografía retrógrada endoscópica con fines diagnósticos y terapéuticos, pero no fue posible liberar la vía biliar, figura 1.

DIAGNÓSTICO

Los altos alores de CA-9-9 y la progresión de la sintomatología colestásica fueron los primeros criterios de sospecha de cáncer de páncreas. El aspirado de la lesión mostró una citología positiva para adenocarcinoma de cabeza de páncreas. Se realizó un procedimiento Traverso-Longmire y se dio alta a los 15 días sin complicaciones quirúrgicas. El paciente falleció dos meses después de la cirugía luego de continuar con tratamiento paliativo y ácido ursodexosólico 15 mg/kg/día para tratar la sintomatología biliar obstructiva y en particular disminuir el prurito colestásico.

Entre los factores involucrados en la aparición de síntomas obstructivos asociados a cáncer pancreático, pueden proponerse, el tiempo de uso de antiretrovirales de alta actividad y de azitromicina que pueden asociarse a hepatotoxicidad, los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina pudieron conducir a la sobreexpresión del gen de ACE2 [2] e indirectamente aumentar los efectos inmunosupresores y citopáticos del coronavirus y la enfermedad COVID-19 puede inducir la sobreexpresión de ACE2 en colangiocitos más que en hepatocitos [3,4], lo cual puede asociarse a altos niveles de gamma glutamil transferasa.

CONCLUSIÓN

Ante la aparición de sintomatología colestásica en ancianos con Covid 19, se propone realizar una evaluación integral que considere una exploración clínica detallada del aparato digestivo con pruebas de función hepática, marcadores tumorales para hígado y páncreas y exploración de las capacidades físicas y cognitivas para orientar al tratamiento y brindar consejo a este y a su familia.

Figura 1. Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica.



No se logra canular y liberar la vía biliar, gran obstrucción biliar maligna distal.

Tabla 1. Resultados de laboratorio

Pruebas	Resultados iniciales	Día 16
Leucocitos	5.9 x 10 ³ células/mcL	6.9 x 10 ³ células/mcL
Plaquetas	138000/mcL	227000 /mcL
Glicemia	474 mg/dL	124 mg/dL
Dímero D	1145 ng/ml	619 ng/dL
Tiempo protombina	15.4 s	14.4 s
Fosfatasa alcalina	724 UI/L	1987 u/L
Bilirrubina total	0.6 mg/dL	24.2 mg/dL
Bilirrubina directa	0.4 mg/dL	18 mg/dL
Aspartato amino transferasa	96 ui/L	127 ui/L
Alanina amino transferasa	200 ui/L	228 ui/L
Gamma glutamil transpeptidasa	1250 ui/L	1179 ui/L
DHL	196 u/L	207 u/L
Proteínas totales	7.4 g/dL	6.6 g/dL
Albúmina	4.2 g/dL	3,4 g/dL
Ferritina	780 ng/mL	998 ng/dL
Antígeno carnicoembrionario	No realizado	2.83 ng/ml
Alfafetoproteína	No realizado	11 ng/dL
CA 19-9	No realizado	936.73 u/mL

Consentimiento informado. Los autores declaran que se obtuvo consentimiento informado por escrito para la publicación de este caso clínico.

Conflicto de intereses. Los autores declaran la no existencia de conflicto de intereses.

Financiamiento. Los autores no recibieron patrocinio para llevar a cabo este artículo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Shah S, Vanclay F, Cooper B. Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. *J Clin Epidemiol* 1989; 42: 703-709.
2. Boeckmans J, Rodrigues RM, Demuyser T, Piérard D, Vanhaecke T, Rogiers V. COVID-19 and drug-induced liver injury: a problem of plenty or a petty point?. *Archives of Toxicology*; 2020, 94:1367–1369 <https://doi.org/10.1007/s00204-020-02734-1>
3. Musa S. Hepatic and gastrointestinal involvement in coronavirus disease 2019 (COVID-19): What do we know till now?. *Arab Journal of Gastroenterology*. 2020 Apr 3. *Arab Journal of Gastroenterology*; 2020, **21**: 3–8. <https://doi.org/10.1016/j.ajg.2020.03.002>
4. Chao Zhang, Lei Shi, Fu-Sheng Wang Liver injury in COVID-19: management and challenges . *The Lancet Gastroenterology and Hepatology* . www.thelancet.com/gastrohep 2020,**5**: 428-9. [https://doi.org/10.1016/S2468-1253\(20\)30057-1](https://doi.org/10.1016/S2468-1253(20)30057-1)