

Presentaciones atípicas de COVID-19: Serie de casos

COVID-19 atypical presentations: Case series

¹Rafael Contreras Acosta¹, ²Manuel Cueto Chaparro², ³Iván de Jesús Zuluaga de León³,
⁴Carlos Eduardo Rebolledo Maldonado⁴, ⁵Carlos Julio Morales Vergara⁵, ⁶Roberto Tarud Ayub⁶,
⁷María Vélez-Verbel⁷

¹Departamento de Medicina interna, Clínica Iberoamérica, Barranquilla, Colombia.

²Departamento de Nefrología, Clínica Iberoamérica, Barranquilla, Colombia.

³Departamento de Infectología, Clínica Iberoamérica, Barranquilla, Colombia.

⁴Departamento de Cuidados Críticos, Clínica Iberoamérica, Barranquilla, Colombia.

⁵Departamento de Neumología, Clínica Iberoamérica, Barranquilla, Colombia.

⁶Departamento de Dirección Médica, Clínica Iberoamérica, Barranquilla, Colombia.

⁷Facultad de Medicina, Seccional Barranquilla, Universidad Libre, Barranquilla, Colombia.

Resumen

El objetivo del presente trabajo fue presentar una serie de casos de COVID-19 con manifestaciones atípicas de la enfermedad. Los casos fueron atendidos por un equipo interdisciplinario de personal de la salud de una clínica de cuarto nivel en Barranquilla, Colombia, y posteriormente los investigadores tomaron los datos de las historias clínicas. Se evaluaron tres casos: el primero tuvo evolución tórpida y coinfección con virus de la influenza H1N1 y los otros dos, manifestaciones gastrointestinales como debut de la enfermedad; todos tuvieron desenlace satisfactorio.

La pandemia por SARS-CoV-2 cada día cobra más vidas, por lo que para identificar oportunamente a los infectados y tomar medidas tanto terapéuticas como de prevención y así evitar la propagación de la enfermedad y lograr su control, es necesario realizar reportes de caso en donde se evidencie la diversa variedad de presentaciones de COVID-19.

Palabras clave: COVID-19, SARS-CoV-2, diagnóstico (DeCS).

<https://doi.org/10.22265/acnef.7.Supl.2.461>

Abstract: the objective of this work is to present a series of cases of COVID-19 with atypical manifestations of the disease. The cases were evaluated by an interdisciplinary team of health personnel from a fourth-level clinic in Barranquilla, Colombia, and the data was subsequently taken from the clinical history of each patient. Three cases were evaluated, initially the first case with torpid evolution, coinfection with H1N1 influenza virus, however, with satisfactory outcome, and cases two and three with gastrointestinal manifestations as disease debut, with satisfactory evolution. The SARS-CoV-2 pandemic takes more lives every day, so it is necessary to describe the cases and their diverse variety of presentation, to identify the infected and take both therapeutic and preventive measures. To prevent the spread of the disease and achieve its control.

Keywords: COVID-19, SARS-CoV-2, diagnosis (MeSH).

<https://doi.org/10.22265/acnef.7.Supl.2.461>

Introducción

En diciembre de 2019, en Wuhan (China) inició un brote de neumonía grave atípica, de la cual se identificó como agente causal un nuevo coronavirus que fue nombrado por el Comité Internacional de Taxonomía de Virus como SARS-CoV-2 (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2)¹; la enfermedad producto de este virus

fue denominada por la Organización Mundial de la Salud como COVID-19 (Coronavirus Disease-2019)².

Al 14 de julio de 2020 a nivel mundial se habían reportado 12.964.809 casos confirmados de COVID-19 con 570.288 muertes, de los cuales 3.286.063 se han presentado en Estados Unidos, 255.953 en España, 243.230 en Italia, 85.623 en China y 1.864.681 en Brasil³. Por su parte, en Colombia, para la misma



Citación: Contreras Acosta R, Cueto Chaparro M, Zuluaga de León IJ, Rebolledo Maldonado CE, Morales Vergara CJ, Tarud Ayub R, et al. Presentaciones atípicas de COVID-19: Serie de casos. Rev. Colomb. Nefrol. 2020;7(Supl 2): 343-353. <https://doi.org/10.22265/acnef.7.Supl.2.461>

Correspondencia: María Vélez Verbel, mvelez99@hotmail.com.

Recibido: 14.05.20 • **Aceptado:** 11.06.20 • **Publicado en línea:** 11.06.20

fecha, se habían confirmado 159.898 casos y 5.625 fallecidos⁴.

A lo largo de la historia se han descrito coronavirus capaces de generar enfermedades en humanos y animales, además, entre el 15% y el 30% de los resfriados comunes son causados por coronavirus humanos (HCoV), incluyendo HCoV229E, HCoV-NL63, HCoV-OC43 y HCoV-HKU1⁵. Sin embargo, también existe la transmisión a humanos desde reservorios animales, como el caso del brote de SARS-CoV en 2002, originado a partir de murciélagos en China, y de MERS-CoV (Middle East respiratory syndrome coronavirus) en 2012, cuyos reservorios principales eran los dromedarios y los camellos^{6,7}. En el caso del SARS-CoV-2, el origen aún no se ha logrado identificar, pero se han propuesto como posibles reservorios murciélagos, serpientes y pangolines⁸.

La manifestación de COVID-19 más frecuente es la neumonía, que puede llegar a síndrome de dificultad respiratoria aguda en 3,4-20% de los casos; otras manifestaciones son cefalea, dolor de garganta, síntomas gastrointestinales, anosmia y alteración del gusto^{9,10}. Su espectro de presentación es variable, siendo leve a moderada en 80% de los casos confirmados, grave en el 13% y crítica en menos del 6%¹¹, esto debido a que en la mayoría de casos la infección es autolimitada y tiene mayor tendencia a una presentación clínica grave en poblaciones de riesgo como ancianos o pacientes con problemas médicos subyacentes¹².

En el presente artículo se reportan 3 casos de pacientes con COVID-19 y manifestaciones atípicas que fueron atendidos en una clínica de cuarto nivel en Barranquilla, Colombia. El objetivo de esta serie de casos es describir algunas presentaciones atípicas de la infección por SARS-CoV-2.

Presentación de los casos

Caso 1

Paciente masculino de 70 años, residente en Barranquilla, cuyo cuadro sintomático por COVID-

19 inició con tos, disnea de medianos esfuerzos que progresó a pequeños esfuerzos y fiebre cuantificada en 38,3°C. El paciente se había automedicado durante 6 días con hidroxiquina a dosis de 200 mg cada 12 horas y azitromicina 500 mg vía oral diarios. Como antecedentes de importancia, el hombre indicó alergia a penicilina y manifestó que asistió a un congreso con múltiples asistentes internacionales y que 6 días después del evento iniciaron los síntomas.

El examen físico de ingreso mostró una tensión arterial (TA) de 130/60 mmHg, frecuencia cardíaca (FC) de 108 latidos por minuto, frecuencia respiratoria (FR) de 18 respiraciones por minuto, saturación de oxígeno de 91%, tirajes universales, crépitos en ambas bases pulmonares, cianosis distal y llenado capilar superior a 4 segundos. Se realizó una radiografía de tórax que mostró infiltrados intersticiales bilaterales universales y una tomografía axial computarizada (TAC) de tórax (Figura 1) que evidenció imagen en vidrio esmerilado universal, zonas de crazy paving y broncograma aéreo en base pulmonar derecha. En la Tabla 1 se reportan los paraclínicos realizados al ingreso y durante estancia en la unidad de cuidados intensivos (UCI).

El paciente fue trasladado a la UCI, donde se le inició manejo con cefepime 1 g intravenoso cada 8 horas y linezolid 600 mg intravenosos cada 12 horas, además se continuó manejo con hidroxiquina 200 mg vía oral cada 8 horas, azitromicina 500 mg vía oral diarios por 10 días y oxígeno suplementario por cánula nasal a 4 litros por minuto. Teniendo en cuenta que los niveles de reactantes de fase aguda estaban elevados, se realizó aféresis periférica para barrido de citoquinas. Por persistencia de insuficiencia respiratoria, se indicó ventilación mecánica con los siguientes parámetros: volumen corriente 420, frecuencia respiratoria de 20, presión espiratoria final positiva (PEEP) de 10 y FiO₂ de 80%; sin embargo, el paciente continuó con alteración en la ventilación y deterioro importante de PaFI (173), por lo que se acomodó en posición prono.

Durante su estancia en UCI, se consideró que el paciente tuvo tormenta de citoquinas con un Hscore

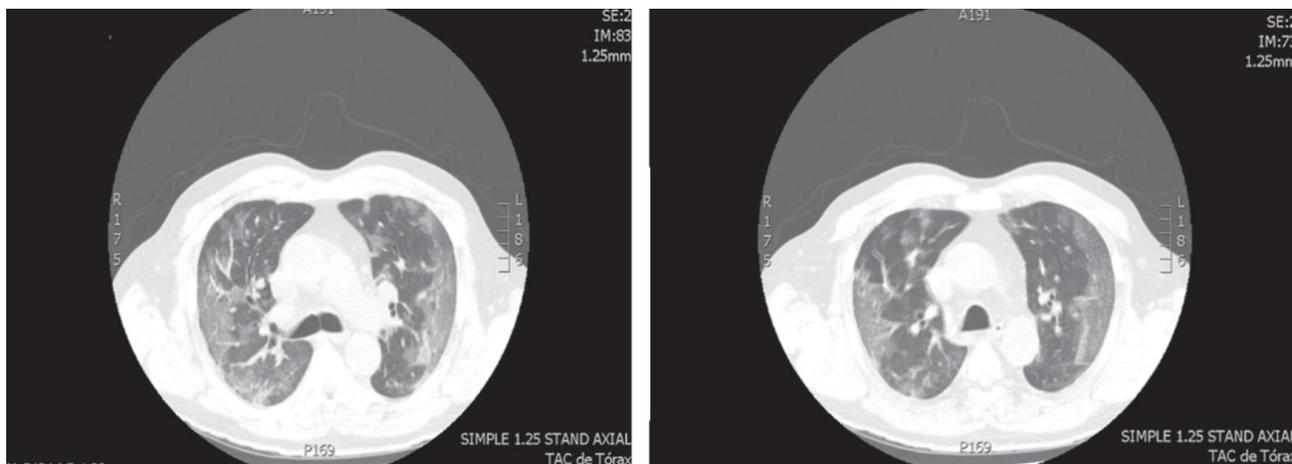


Figura 1. Tomografía axial computarizada de tórax, caso 1. Fuente: Documento obtenido durante la realización del estudio.

para síndrome hemofagocítico de 19 puntos, por lo que se inició manejo con tocilizumab a dosis de 400 mg intravenoso, tras lo cual se evidenció descenso en Interleucina-6 (IL-6). Posteriormente, se indicó lopinavir/ritonavir 400/100 mg cada 12 horas, que fueron suspendidos dos días después debido a reporte positivo para virus de la influenza H1N1. Debido a este hallazgo, se inició manejo con oseltamivir a dosis de 150 mg vía oral cada 12 horas por 10 días, además, la prueba de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para SARS-CoV-2 fue positiva, por lo que se hicieron los diagnósticos de neumonía grave secundaria a coinfección por virus de la influenza H1N1 y SARS-CoV-2, síndrome de dificultad respiratoria aguda e insuficiencia respiratoria aguda hipoxémica.

Al séptimo día de estancia en UCI, al paciente se le inició el weaning ventilatorio por mejoría de parámetros ventilatorios, sin embargo presentó cuadro de agitación psicomotora que causó extubación no programada y por lo cual se indicó oxígeno suplementario por cánula nasal. Aunque se obtuvo una respuesta adecuada y con buena dinámica respiratoria, los niveles en la prueba dímero D estaban elevados y fue necesario instaurar manejo trombofiliático con heparinas de bajo peso molecular.

Para el día 14 de hospitalización en UCI el paciente ya no requirió más oxígeno suplementario; sin embargo, los niveles de reactantes de fase aguda

estacionarios con dímero D seguían elevados, por lo que se hizo ajuste de heparinas a dosis plena y se solicitó nuevo hisopado nasofaríngeo para detección de virus respiratorios, el cual resultó negativo.

El paciente fue trasladado a piso hospitalario, en donde presentó evolución satisfactoria en cuanto a función respiratoria con descenso de dímero D (4.674); sin embargo, nuevamente desarrolló injuria renal aguda con cifras de creatinina en 1,6, situación que se manejó con fluidoterapia con solución salina a dosis de 40 cc/hora. Los controles posteriores reportaron medidas de 3.397 y 1,4 para dímero D y creatinina, respectivamente.

Debido a la mejoría clínica y a los resultados de los laboratorios y de perfil infeccioso negativo, se decidió dar el alta médica hospitalaria con seguimiento por telemedicina y hasta el momento de la elaboración del presente reporte, el paciente había tenido una evolución satisfactoria.

Caso 2

Paciente femenina de 53 años, residente en Cartagena (Colombia), cuyo cuadro sintomático por COVID-19 inició con dolor abdominal de 12 días de evolución acompañado de deposiciones líquidas (5 en promedio) sin moco durante los últimos 5 días y fiebre no cuantificada. La mujer se había automeDICADO con suero de rehidratación oral, lo cual mejoró

Tabla 1. Resultados de los exámenes de laboratorio, caso 1.

Laboratorios	Día 1	Día 2	Día 3	Día 4	Día 5	Día 6	Día 7	Día 8
Gases arteriales	pH: 7.4, pCO ₂ : 35.3, pO ₂ : 37, HCO ₃ : 21.9, PaFI: 115	pH: 7.42, pCO ₂ : 39, pO ₂ : 70.3, HCO ₃ : 25, PaFI: 87.39	pH: 7.30, pCO ₂ : 55.3, pO ₂ : 105.8, HCO ₃ : 26.7	pH: 7.36, pCO ₂ : 51.5, pO ₂ : 89.6, HCO ₃ : 28.7, PaFI: 179	pH: 7.3, pCO ₂ : 53, pO ₂ : 120.4, HCO ₃ : 30.1	pH: 7.4, pCO ₂ : 35.3, pO ₂ : 73., HCO ₃ : 33, PaFI: 183	pH: 7.5, pCO ₂ : 35.5, pO ₂ : 87., HCO ₃ : 28.3, PaFI: 271	NR
Leucocitos	12.200	13.360	9.320	5.270	4.070	7.720	10.180	11.700
Neutrófilos	11.420	12.400	7.200	3.640	3.052	5.404	7.736	8.073
Linfocitos	360	500	470	640	529	1003	1.018	1.825
Hemoglobina	12,9	12,8	10,9	11,1	10,7	12,5	11,8	13
Plaquetas	231.000	231.000	215.000	267.000	272.000	364.000	391.000	551.000
GTT	113	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
ALT	25,5	NR	NR	NR	NR	277	NR	NR
AST	46,5	NR	NR	NR	NR	341	NR	NR
Bilirrubina total	NR	0,4	NR	0,3	NR	0,6	NR	NR
Bilirrubina indirecta	NR	0,1	NR	0,1	NR	0,2	NR	NR
Bilirrubina directa	NR	0,2	NR	0,2	NR	0,4	NR	NR
Proteína C reactiva	305,1	NR	NR	NR	NR	7,99	NR	1,8
LDH	450	NR	NR	351	321	496	434	327
Creatinina	1,6	1,41	1,32	1,54	1,33	1	1,1	1,2
BUN	22,6	21	24,3	23,4	20,5	18,7	20,1	24
Dímero D	587	1.109	1.212	2.271	1.463	1.862	4.228	7.446
Interleucina-6	NR	NR	NR	NR	NR	6,45	NR	4,27
Ferritina	1.735	1.970	1.751	2.000	1.279	2.897	1.635	1.353
Troponina	13,87	NR	NR	NR	NR	13,5	24,9	38
Cloro	NR	98,7	99,4	NR	NR	102	NR	100
Sodio	NR	139	135	139	NR	144	140	142
Potasio	NR	4,63	4,86	4,04	NR	4,1	3,6	5,1
Virus influenza H1N1	NR	NR	Positivo	NR	NR	NR	NR	NR
Prueba de reacción en cadena de la polimerasa para SARS-CoV-2	NR	NR	NR	Positivo	NR	NR	NR	NR

Fuente: Elaboración propia.

el cuadro diarreico; sin embargo, el dolor abdominal persistía con predominio en epigastrio e irradiación a hipocondrio izquierdo, razón por la cual consultó inicialmente en su ciudad de origen, donde le descartaron dengue y la remitieron a un centro de cuarto nivel de Barranquilla.

Como antecedentes de importancia, la paciente había presentado nefrectomía izquierda total secundaria a litiasis renal, nefropatía por IgA diagnosticada en el riñón derecho y cesárea por preeclampsia. Como antecedentes epidemiológicos la mujer indicó haber estado en Bogotá 14 días antes.

El examen físico de ingreso mostró TA de 116/80, FC de 93 latidos por minuto y FR de 18 respiraciones por minuto; a la auscultación se encontraron estertores finos en base pulmonar izquierda y abdo-

men doloroso a la palpación superficial y profunda en todos los cuadrantes.

Se realizó ecografía de abdomen total que reportó hemangioma hepático, quiste simple hepático y quiste simple en riñón derecho y TAC de tórax que evidenció patrón en vidrio esmerilado subpleural en ambos pulmones y con predominio en lóbulos inferiores, así como opacidades lineales (Figura 2). Los exámenes de laboratorio realizados se reportan en la Tabla 2.

Teniendo en cuenta los hallazgos de imágenes y laboratorio, se inició manejo antibiótico con ceftriaxona 2 g intravenosos cada 24 horas y azitromicina 500 mg vía oral cada 24 horas, además, por sospecha de neumonía atípica por COVID-19, se inició manejo con hidroxicloroquina a dosis

Tabla 2. Resultados de los exámenes de laboratorio, caso 2.

Laboratorios	Día 1	Día 4	Día 6	Día 8
Gases arteriales	pH: 7.4, pCO ₂ : 28.7, pO ₂ : 94, HCO ₃ : 19	NR	NR	NR
Leucocitos	5.690	NR	5.510	NR
Neutrófilos	3.117	NR	3.207	NR
Linfocitos	250	NR	299	NR
Hemoglobina	13	NR	11,9	NR
Plaquetas	280.000	NR	495.000	NR
ALT	29,5	NR	22	NR
AST	38	NR	15	NR
Proteína C reactiva	82,3	49	10	NR
LDH	NR	NR	218	NR
Creatinina	0,9	NR	NR	NR
BUN	10,1	NR	NR	NR
Dímero D	NR	996	1.807	1.510
Ferritina	NR	582	611	NR
Virus influenza H1N1	NR	Negativa	NR	NR
Prueba de reacción en cadena de la polimerasa para SARS-CoV-2	NR	Positiva	NR	NR

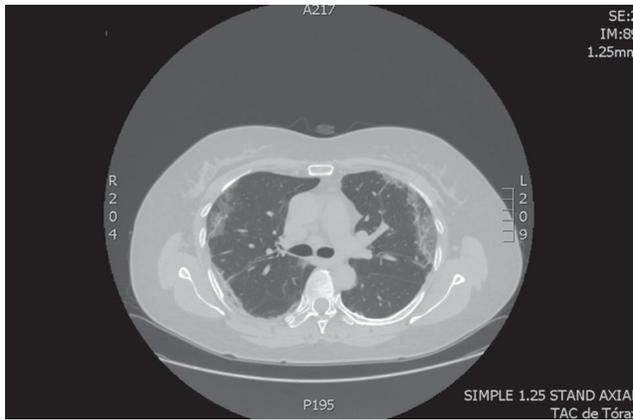


Figura 2. Tomografía axial computarizada de tórax, caso 2. Fuente: Documento obtenido durante la realización del estudio.

de carga de 800 mg cada 12 horas el primer día, seguido por 400 mg cada 12 horas por 13 días y lopinavir/ritonavir 400/100 mg cada 12 horas por 10 días; debido a intolerancia, este último se reemplazó por alizaprida 50 mg cada 8 horas.

Se solicitó panel de detección para virus respiratorios con prueba PCR, que fue positiva para SARS-CoV-2. La paciente se encontraba asintomática, sin manifestaciones respiratorias ni gastrointestinales, pero con niveles de dímero D y ferritina elevados, por lo que se indicó enoxaparina a dosis de 40 mg subcutáneos diarios y observación por 48 horas más intrahospitalarias, durante las cuales los niveles de reactantes de fase aguda descendieron y se ordenó el alta médica con vigilancia por telemedicina. Hasta el momento de la elaboración del presente reporte, la paciente no había presentado complicaciones.

Caso 3

Paciente masculino de 56 años, residente en Barranquilla, cuyo cuadro sintomático por COVID-19 inició con fiebre intermitente cuantificada en 39°C acompañada de astenia, adinamia, artralgias, mialgia y cefalea. Luego de una semana de evolución, el sujeto presentó deposiciones líquidas y dolor abdominal, por lo que fue atendido en su casa y tratado con smecta, acetaminofen, secnidazol y suero de rehidratación oral, lo que mejoró las manifestaciones gastrointestinales, sin embargo las manifesta-

ciones respiratorias persistían, por lo cual fue valorado nuevamente en su domicilio y se le inició manejo con azitromicina, beclometasona, trimebutina y probióticos, además se le ordenaron exámenes paraclínicos que reportaron leucocitos: 7.200, neutrófilos: 4.896, linfocitos: 1.800, hemoglobina: 15, plaquetas: 245.000 y PCR: 143.

Por persistencia de los síntomas, el paciente consultó a la institución y al examen físico de ingreso se encontró: TA de 125/75, FC de 74 latidos por minuto y FR de 20 respiraciones por minuto con saturación de oxígeno de 94% y estertores crepitantes en ambas bases pulmonares. Teniendo en cuenta las manifestaciones clínicas, el hombre fue aislado y se realizó hisopado para detección de SARS-CoV-2 y film array para virus respiratorios.

De igual forma, se realizó radiografía de tórax que evidenció infiltrados alveolares periféricos en lóbulo medio derecho y lóbulo inferior derecho e izquierdo y TAC de tórax (Figura 3) que mostró opacificaciones en vidrio esmerilado predominantemente periférico y en lóbulos inferiores con tendencia a la consolidación. Los exámenes de laboratorio realizados durante su estancia hospitalaria se reportan en la Tabla 3.

Se inició manejo con hidroxicloroquina a dosis de carga inicial de 800 mg cada 12 horas, seguido de

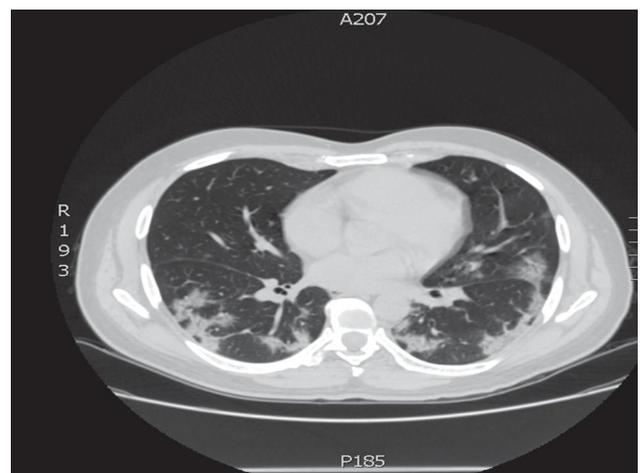


Figura 3. Tomografía axial computarizada de tórax, caso 3. Fuente: Documento obtenido durante la realización del estudio.

Tabla 3. Resultados de los exámenes de laboratorio, caso 3.

Laboratorios	Día 1	Día 3	Día 4	Día 6	Día 8
Gases arteriales	pH: 7.4, pCO ₂ : 30, pO ₂ : 83.6, HCO ₃ : 19.9, PaFI: 398	NR	NR	NR	NR
Leucocitos	6.600	5.300	4.050	4.140	3.300
Neutrófilos	4.138	3.700	1.863	1.863	1.753
Linfocitos	2.020	1.500	1.550	1.472	1.400
Hemoglobina	14,5	13,8	12	12	12
Plaquetas	281.000	289.000	361.000	410.000	470.000
ALT	170	237	273	263	242
AST	156	139	124	99	86
Proteína C reactiva	170	170	91	50	NR
LDH	406	297	279	228	204
Creatinina	0,9	NR	0,9	NR	0,9
BUN	13	NR	10,3	NR	10
Dímero D	589	581	702	736	548
Ferritina	4.342	4.671	4.554	NR	2.587
Troponina	6,52	NR	6	NR	NR
Virus influenza H1N1	NR	NR	NR	Negativo	NR
Prueba de reacción en cadena de la polimerasa para SARS-CoV-2	NR	NR	NR	Positivo	NR

Fuente: Elaboración propia.

400 mg cada 12 horas y azitromicina 500 mg vía oral diarios, además de oxígeno suplementario por cánula nasal, el cual fue suspendido al tercer día de estancia por mejoría de la función ventilatoria y en los niveles de reactantes de fase aguda; no obstante, para ese momento persistían elevados los niveles de dímero D, por lo que se inició tratamiento de anticoagulación con enoxaparina a dosis de 40 mg subcutáneos diarios.

Al sexto día de estancia hospitalaria llegó el reporte de PCR para SARS-CoV-2 con resultado positivo, sin embargo el paciente se encontraba estable, con adecuada función ventilatoria y niveles de reactantes de fase aguda en descenso, por lo que se solicitó nuevo control a las 48 horas. Dado que en

estos resultados el paciente se encontró estable, se le dio el alta médica con recomendaciones y seguimiento por telemedicina sin cambios.

Discusión

Las manifestaciones de la infección por SARS-CoV-2 aparecen tras un periodo de incubación medio de 5,2 días; el periodo entre el inicio de los síntomas y el fallecimiento puede durar de 6 a 41 días, con una media de 14 días y depende de la edad y las comorbilidades asociadas del paciente^{13,14}. En los pacientes reportados los periodos de incubación estuvieron en el rango descrito en la literatura.

Al inicio del brote se describieron como manifestaciones típicas de la enfermedad fiebre, tos y fatiga; sin embargo, hoy se sabe que su espectro de presentación va más allá, pudiendo presentarse producción de esputo, cefalea, disnea, hemoptisis y linfopenia¹⁵⁻¹⁷. De igual forma se ha informado que es posible que los pacientes con COVID-19 desarrollen afección cardíaca, lesión hepática aguda, lesión renal aguda, proteinuria, trastornos gastrointestinales, daño neurológico, entre otras^{18,19}, tal como sucedió en los casos descritos en el presente artículo: uno presentó lesión renal aguda, la cual por sí misma lleva a una mortalidad de 90% en pacientes con diagnóstico de COVID-19²⁰, y los otros dos, manifestaciones gastrointestinales; en el tercer caso se encontró elevación de los niveles de las enzimas hepáticas, situación que se presenta en 16-13% de los casos^{9,19}.

En cuanto a las manifestaciones imagenológicas, se ha descrito que las lesiones suelen comprometer más de dos lóbulos pulmonares y estar distribuidas en zonas periféricas pulmonares, además son comunes los hallazgos como engrosamiento vascular, signo de halo, patrón de crazy paving o empedrado, vidrio esmerilado y broncograma aéreo²¹, los cuales fueron encontrados en los pacientes reportados.

De igual forma se han considerado como importantes los reactantes de fase aguda y marcadores de inflamación, los cuales se correlacionan con la gravedad de presentación del cuadro clínico, de tal forma que la elevación de los niveles de LDH, PCR, ferritina, dímero-D, troponinas y creatinquinasa se consideran de mal pronóstico^{12,22}. Esto se evidencia en el primer caso reportado en donde se encontró una mayor elevación de estos biomarcadores y donde la evolución fue más tardía.

En el caso 1 también es llamativa la presencia de coinfección con virus de la influenza H1N1, pudiendo esta ser un factor agravante de la enfermedad. Casos similares han sido descritos previamente²³, por lo cual siempre es necesario descartar esta infección debido al peor pronóstico inherente que acarrea²⁴.

Finalmente, con respecto al manejo, en la actualidad son muchos los fármacos que se encuentran

bajo ensayo clínico para determinar su efectividad frente a la infección por SARS-CoV-2; entre estos medicamentos se encuentran favipiravir, remdesivir, lopinavir/ritonavir y hidroxicloroquina más azitromicina⁸. Sin embargo, las prescripciones se han orientado principalmente hacia el uso de hidroxicloroquina y azitromicina dado su efecto antiviral *in vitro*, el cual conlleva a una menor replicación viral, una menor progresión de la enfermedad y un menor tiempo de la enfermedad²⁵. Aunque en estudios *in vivo* la lopinavir/ritonavir ha mostrado reducir en un 50% la replicación viral del MERS-CoV, su eficacia definitiva no ha sido probada⁷. En los casos descritos ambos manejos fueron instaurados con resultados satisfactorios. De igual forma, en el caso 1 se utilizó tocilizumab, un anticuerpo monoclonal anti-IL-6 que actúa por medio del bloqueo de sus receptores y por ende de la vía que conlleva a efectos proinflamatorios, con el cual se logró una respuesta adecuada con descenso de niveles de IL-6²⁶.

Conclusión

La pandemia provocada por el SARS-CoV-2 cada día cobra más vidas, por lo que para identificar oportunamente a los infectados y tomar medidas tanto terapéuticas como de prevención y así evitar la propagación de la enfermedad y lograr su control, es necesario realizar reportes de caso en donde se evidencie la diversa variedad de presentaciones de COVID-19.

Agradecimientos

Ninguno declarado por los autores.

Conflicto de interés

Ninguno declarado por los autores.

Financiación

Ninguna declarada por los autores.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales

Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni animales.

Confidencialidad de los datos

Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado

Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Contribución de los autores

Rafael Contreras Acosta, Manuel Cueto Chaparro, Iván de Jesús Zuluaga de León, Carlos Eduardo Rebolledo Maldonado, Roberto Tarud Ayub, Carlos Julio Morales Vergara, Roberto Tarud Ayub: atención de caso y redacción de artículo.

María Vélez-Verbel: redacción de artículo.

Referencias

1. Gorbalenya AE, Baker SC, Baric RS, de Groot RJ, Drosten C, Gulyaeva AA, et al. Severe acute respiratory syndrome-related coronavirus: The species and its viruses - a statement of the Coronavirus Study Group. *BioRxiv*. 2020 [citado May 2020]. Disponible en: <https://www.biorxiv.org/content/10.1101/2020.02.07.937862v1.full>.
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Nuevo coronavirus - China. Ginebra: OMS; 2020.
3. World Health Organization (WHO). Coronavirus disease 2019 - Situation report 114. Geneva: WHO; 2020 [citado May 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>.
4. Colombia. Instituto Nacional de Salud (INS). COVID-19 Colombia. Reporte 06-05-2020. Bogotá D.C.: INS; 2020.
5. Fung TS, Liu DX. Human Coronavirus: Host-Pathogen Interaction. *Annu Rev Microbiol*. 2019;73(1):529-57.
6. Banerjee A, Kulcsar K, Misra V, Frieman M, Mossman K. Bats and coronaviruses. *Viruses*. 2019;11(1):41. <https://doi.org/10.3390/v11010041>.
7. Arabi YM, Asiri AY, Assiri AM, Aziz-Jokhdar HA, Allothman A, Balkhy HH, et al. Treatment of Middle East respiratory syndrome with a combination of lopinavir/ritonavir and interferon- β 1b (MIRACLE trial): statistical analysis plan for a recursive two-stage group sequential randomized controlled trial. *Trials*. 2020;21(1):8. <https://doi.org/10.1186/s13063-019-3846-x>.
8. Ahn DG, Shin HJ, Kim MH, Lee S, Kim HS, Myoung J, et al. Current status of epidemiology, diagnosis, therapeutics, and vaccines for novel coronavirus disease 2019 (COVID-19). *J Microbiol Biotechnol*. 2020;30(3):313-24. <https://doi.org/10.4014/jmb.2003.03011>.
9. 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;381(18):1708-20. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2002032>.
10. 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;323(11):1061-9. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.1585>.
11. Joseph T, Moslehi MA. International pulmonologist's consensus on COVID-19. 2020.
12. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and Important Lessons from the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72314 Cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA*. 2020. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.2648>.
13. Wang W, Tang J, Wei F. Updated understanding of the outbreak of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) in Wuhan, China. *J Med Virol*. 2020;92(4):441-7. <https://doi.org/10.1002/jmv.25689>.
14. Li Q, Guan X, Wu P, Wang X, Zhou L, Tong Y, et al. Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus-Infected Pneumonia. *N Engl J Med*. 2020;382(13):1199-207. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2001316>.
15. Ren LL, Wang YM, Wu ZQ, Xiang ZC, Guo L, Xu T, et al. Identification of a novel coronavirus causing severe pneumonia in human: a descriptive study. *Chin Med J (Engl)*. 2020;133(9):1015-24. <https://doi.org/10.1097/CM9.0000000000000722>.
16. 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*. 2020;395(10223):497-506. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30183-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30183-5).
17. Rothan HA, Byrareddy SN. The epidemiology and pathogenesis of coronavirus (Covid-19) outbreak. *J Autoimmun*. 2020;109:02433. <https://doi.org/10.1016/j.jaut.2020.102433>.
18. Otto A. Unusual Presentations of COVID-19: "Our Ignorance Is Profound." *medscape*. 2020;1-2.
19. Agarwal A, Chen A, Ravindran N, To C, Thuluvath PJ. Gastrointestinal and Liver Manifestations of COVID-19. *J Clin Exp Hepatol*. 2020;10(3):2637-5. <https://doi.org/10.1016/j.jceh.2020.03.001>.
20. Cheng Y, Luo R, Wang K, Zhang M, Wang Z, Dong L, et al. Kidney disease is associated with in-hospital death of patients with COVID-19. *Kidney Int*. 2020;97(5):829-38. <https://doi.org/10.1016/j.kint.2020.03.005>.
21. Han R, Huang L, Jiang H, Dong J, Peng H, Zhang D. Early Clinical and CT Manifestations of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pneumonia. *Am J Roentgenol*. 2020;(1):1-6. <https://doi.org/10.2214/AJR.20.22961>.
22. Onder G, Rezza G, Brusaferro S. Case-Fatality Rate and Characteristics of Patients Dying in Relation to COVID-19 in Italy. *JAMA*. 2020. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.4683>.

23. Azekawa S, Namkoong H, Mitamura K, Kawaoka Y, Saito F. Co-infection with SARS-CoV-2 and influenza A virus. *IDCases*. 2020;20:e00775. <https://doi.org/10.1016/j.idcr.2020.e00775>.
24. Tang X, Du RH, Wang R, Cao TZ, Guan LL, Yang CQ, et al. Comparison of Hospitalized Patients With ARDS Caused by COVID-19 and H1N1. *Chest*. 2020; S0012-3692(20)30558-4. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2020.03.032>.
25. Gautret P, Lagier JC, Parola P, Hoang VT, Meddeb L, Mailhe M, et al. Hydroxychloroquine and azithromycin as a treatment of COVID-19: results of an open-label non-randomized clinical trial. *Int J Antimicrob Agents*. 2020;105949. <https://doi.org/10.1016/j.ijantimicag.2020.105949>.
26. Coomes EA, Haghbayan H. Interleukin-6 in COVID-19: A Systematic Review and Meta-Analysis. *medRxiv*. 2020;2842. <https://doi.org/10.1101/2020.03.30.20048058>.