

## Manifestaciones otorrinolaringológicas del COVID-19: un punto de vista contemporáneo

Geng Ju Tuang , Adi Farhan Abdul Wahab, Salina Husain Department of Otorhinolaryngology, Head and Neck Surgery, Hospital Universiti Kebangsaan Malaysia, Cheras, Kuala Lumpur, Malaysia.

**Traducción:** Ramiro Heredia ([ramiroherediamd@gmail.com](mailto:ramiroherediamd@gmail.com))

Postgrad Med J, BMJ, [doi:10.1136/postgradmedj-2021-140169](https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2021-140169), abril 2021.

---

Desde que el primer caso documentado de neumonía de origen desconocido que apareció en la Ciudad de Wuhan, en la provincia de Hubei, China, en diciembre de 2019, el nuevo SARS-CoV-2, que general el COVID-19, se extendió por el mundo, afligiendo a la gente en cada esquina de globo. Al 21 de marzo de 2021, el número total de casos ha llegado a más de 122 millones en todo el mundo, con una tasa de mortalidad de 2,2%.<sup>1</sup> El 11 de marzo de 2021 marca el primer aniversario desde que la OMS declaró al COVID-19 una pandemia. Con los desafíos de las vacunas que se avecinan, la luz al final del túnel sigue siendo difícil de alcanzar.

Aprendimos que las rutas de transmisión son a través de gotitas respiratorias, de los aerosoles y por contacto que puede ser indirecto, las que imponen a un riesgo notablemente alto a los cirujanos de cabeza y cuello, que a menudo se ocupan de los procedimientos que generan aerosoles.

De hecho, el primer médico que sucumbió al COVID-19 en Wuhan era un otorrinolaringólogo.<sup>2</sup> El reconocimiento del espectro heterogéneo de manifestaciones clínicas de la infección del SARS-CoV-2, que van desde individuos asintomáticos hasta enfermedad grave con falla orgánica múltiple, es de una importancia primordial. Aparte de la presentación general con fiebre, mialgias y síntomas del tracto respiratorio inferior como tos y disnea, la sintomatología extrapulmonar del COVID-19 se manifiesta a través de una variedad de quejas de oído, nariz, y garganta (ORL), que se han ido reconociendo gradualmente.

Junto con la hipogeusia, el déficit olfatorio constituye el primer reporte de las manifestaciones otorrinolaringológicas del nuevo coronavirus. Se identificó la disfunción olfativa en una fracción sustancial de pacientes que padecían COVID-19, con una prevalencia del 47,85% en todo el mundo.<sup>3</sup> Las características idiosincrásicas de la alteración del olfato atribuida al COVID-19 incluyen su aparición repentina, la duración transitoria y en la mayoría de los casos, la rápida recuperación. Además, el déficit olfativo puede manifestarse como un único síntoma nasal sin rinorrea o congestión concomitante.<sup>4</sup>

Otras manifestaciones naso- sinusales, como la congestión nasal y la rinorrea, se han informado con una tasa de incidencia mucho menor. Paradójicamente, una menor cantidad de receptores de entrada viral, se observaron en pacientes con enfermedades alérgicas de las vías respiratorias, de las cuales los síntomas diagnósticos incluyen secreción nasal y/u obstrucción nasal.<sup>5</sup> La prevalencia de la rinosinusitis crónica en los pacientes con COVID-19 era comparable con la población general, lo que implica que la sinusitis puede no aumentar la susceptibilidad a las infecciones virales. Se encontró que la inflamación eosinofílica crónica subyacente, con la exposición prolongada a los corticosteroides, en las enfermedades alérgicas de las vías

respiratorias, regula a la baja los genes relacionados con la entrada viral, infiriéndose la posibilidad de un papel protector contra la infección por COVID-19.<sup>5</sup>

¿Qué tal la presentación otológica? La teoría de la disfunción auditiva inducida por un virus siempre ha sido una certeza conocida en el campo de la medicina. Los virus pueden dañar las estructuras del oído interno al iniciando una respuesta inmune del huésped. Una diversidad de manifestaciones superpuestas, incluyendo la discapacidad auditiva, el vértigo, la parálisis facial periférica y el tinnitus, con diversos inicios y severidades, han sido descritos. Hay aislada pero emergente evidencia de parálisis facial periférica relacionada con el COVID-19. La correlación entre dos, sin embargo, siguen sin determinarse. Es comprensible que el SARS-CoV-2 posea propiedades neurotrópicas y neuroinvasivas, ergo una predilección de una lesión inducida por el virus del nervio periférico. La patogenia postulada de la parálisis facial incluye lesión directa por la infección, la isquemia de los conductos deferentes de los vasa nervorum, y la inflamación local dando lugar a la desmielinización.<sup>6</sup>

La infección por SARS-CoV-2 puede manifestarse a través de molestias en el oído interno, como el vértigo y la pérdida auditiva. Es de destacar que el mareo fue una de las manifestaciones neurológicas más típicas del COVID-19.<sup>7</sup> Similar a las secuelas del virus por la infección en los nervios de la vía olfatoria, la hipótesis de que la disfunción auditiva es a causa de la hipoperfusión vascular y la inflamación local en los centros audio-vestibulares por la infección por SARS-CoV-2, es plausible.<sup>8</sup>

Los virus pueden invadir el torrente sanguíneo mediante la unión a los eritrocitos, a través de la cadena  $\beta$ . El consiguiente depósito viral en la proteína del receptor ACE2 en el lóbulo temporal, y en el centro auditivo, luego desencadena una cascada inflamatoria local, allanando el camino a la pérdida auditiva y al desequilibrio.<sup>8</sup> Curiosamente, el riesgo de daño auditivo parece ser recíproco con la gravedad de la infección por COVID-19, lo que destaca el hecho de que el paciente también puede quejarse de discapacidad auditiva como el único síntoma.<sup>9</sup>

Es fundamental establecer la dicotomía entre el mareo no vertiginoso y el vértigo. Si bien los mareos pueden estar relacionados con una miríada de causas, el vértigo, por el otro lado, casi siempre es causado por una patología vestibular. La historia pertinente, incluyendo la característica de un sentido de falso movimiento, la duración y frecuencia, y lo más importante, otras quejas otológicas asociadas, como pérdida de audición y acúfenos, deben evaluarse cuidadosamente. Es digno de notar, que el vértigo, aunque es un síntoma no específico de COVID-19, no debe tomarse a la ligera, por su perjudicial repercusión.

También se ha identificado el SARS-CoV-2 en la saliva, debido a la alta expresión de ACE2 en el revestimiento de las células epiteliales de las glándulas salivales. Ha habido informes anecdóticos de las manifestaciones orofaciales vinculadas al COVID-19. Curiosamente, tales características clínicas fueron reportadas como el primer signo clínico de la infección por SARS-CoV-2. La presentación, poco frecuente de una inflamación unilateral de la parótida, asociada con dolor y una lesión ulcerosa o vesículo-bullosa inespecífica de la mucosa oral, indistinta a la de cualquier otra causa inflamatoria o infecciosa, en ese momento planteó la preocupación del virus como un gran enmascarador potencial.

La batalla contra COVID-19 no ha terminado. El reconocimiento temprano de las manifestaciones atípicas de la infección por SARS-CoV-2 sigue siendo fundamental para evitar diagnósticos erróneos y retraso en el manejo. Por lo tanto, nosotros instamos a los médicos tratantes a que estén bien informados del espectro creciente de presentaciones clínicas del COVID-19, mientras permanecen atentos a las consecuencias potencialmente desastrosas.

## Referencias

---

- 1 Who.int [internet]. World Health organization: weekly epidemiological update on COVID-19–21 March 2021. Available: <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update---23-march-2021> [Accessed 27 Mar 2021].
- 2 Kulcsar MA, Montenegro FL, Arap SS, et al. High risk of COVID-19 infection for head and neck surgeons. *Int Arch Otorhinolaryngol* 2020;24:e129–30.
- 3 Saniasiaya J, Islam MA, Abdullah B. Prevalence of olfactory dysfunction in coronavirus disease 2019 (COVID-19): a meta-analysis of 27,492 patients. *Laryngoscope* 2021;131:865–78.
- 4 Butowt R, von Bartheld CS. Anosmia in COVID-19: underlying mechanisms and assessment of an olfactory route to brain infection. *Neuroscientist* 2020:107385842095690.
- 5 Saheb Sharif-Askari F, Saheb Sharif-Askari N, Goel S, et al. Are patients with chronic rhinosinusitis with nasal polyps at a decreased risk of COVID-19 infection? *Int Forum Allergy Rhinol* 2020;10:1182–5.
- 6 Lima MA, Silva MTT, Soares CN, et al. Peripheral facial nerve palsy associated with COVID-19. *J Neurovirol* 2020;26:941–4.
- 7 Saniasiaya J, Kulasegarah J. Dizziness and COVID-19. *Ear Nose Throat J* 2021;100:29–30.
- 8 Saniasiaya J. Hearing loss in SARS-CoV-2: what do we know? *Ear Nose Throat J* 2021;100:152S–4.
- 9 Fraczek M, Resler K, Szetela B. Can we expect more patients with hearing loss due to COVID-19? *Hear J* 2020;73:8–10.
- 10 Halboub E, Al-Maweri SA, Alanazi RH, et al. Orofacial manifestations of COVID-19: a brief review of the published literature. *Braz Oral Res* 2020;34:e124.