

# ARTÍCULO ESPECIAL

Gac Med Bilbao. 2020;117(2):152-153



## La Reumatología y la COVID-19

Erreumatologia eta COVID-19

Rheumatology and COVID-19

A principios de año, las noticias de Oriente empezaron a poner en guardia a los equipos médicos. Veíamos a nuestros compañeros chinos trabajar a contrarreloj luchando contra un nuevo virus SARS del que nada se sabía y al que llamaron SARS-CoV-2. Les siguió Italia y ahí comenzamos a sentir que el peligro se acercaba, un virus desconocido empezaba a poner en jaque la vida de los europeos, la nuestra.

Incomprensiblemente, la gente seguía volando desde los puntos calientes a todos los lugares del mundo sin entender ni atender a la amenaza que esto suponía.

Los primeros casos se presentaron en nuestros hospitales; el enemigo estaba en casa, ya era imparable. La Organización Mundial de la Salud decretó la pandemia y los sanitarios solicitábamos que confinaran a la población, pues el virus estaba colapsando nuestras urgencias, plantas y UCI.

Vimos caer a nuestros compañeros y enfermamos nosotros. No sabíamos cómo combatir a este enemigo invisible ni si estaríamos llevando el virus a nuestros hogares.

Inexplicablemente, la COVID-19 pasaba inadvertida en algunos organismos, incluso en algunos de nuestros pacientes con enfermedades reumatológicas con terapia inmunosupresora, pero en otros desataba una reacción devastadora con infiltrados pulmonares que comprometían la vida de aquellos que la presentaban.

Se vio entonces que la carga viral era importante por lo que el uso de hidroxyclorequina empezó a plantearse ya que disminuye *in vitro* la replicación viral dentro de los macrófagos. En pocos días comenzamos a leer trabajos en los que describían la implicación de las interleuquinas 1 y 6 (IL-1, IL6) como directoras de orquesta. Desconocíamos quién podía presentar las complicacio-

nes por el virus pero ya empezamos a saber datos importantes: esa tormenta proinflamatoria que producían las IL1 e IL6 era similar a la que observamos en algunas de las patologías autoinmunes y autoinflamatorias que conocemos en Reumatología. Si se comportaban así, no era una locura bloquear esas dianas; ¿por qué no plantear el uso de los tratamientos que llevamos años usando para las enfermedades reumatológicas?

Surgía un dilema, cómo usar ante un cuadro infeccioso pulsos de corticoides o agentes biológicos que producen un estado de inmunosupresión. Empezamos a hacer algo que nos choca, la medicina basada en la intuición y experiencia, algo que hacían los galenos de generaciones previas pero a lo que nosotros no estamos acostumbrados. ¿Había alguna otra alternativa? Nuestros pacientes fallecían, el número de muertes crecía exponencialmente y los tratamientos que estábamos utilizando no mostraban buenos resultados a la par que desataban efectos secundarios peligrosos. Saber qué hacían otros compañeros o si las ideas que aportábamos desde cada equipo eran buenas, nos hacía creer en estas propuestas.

Algunos hospitales fueron pioneros con el uso de corticoides y fármacos antiIL1, 6 y pequeñas moléculas; otros centros les siguieron después. La respuesta fue esperanzadora, empezamos a ver supervivientes, no libres de complicaciones crónicas como la fibrosis pulmonar entre otras, a las que estamos acostumbrados en algunas enfermedades reumatológicas. Veíamos que, pautados en fases iniciales de la aparición de complicaciones, el resultado era mejor.

Todos empezamos a sentir alivio, en caso de gravedad, ya teníamos armas con las que poder defendernos. Y cuando pensábamos que el virus nos había enseñado

su cara, se fueron describiendo otros síntomas como la anosmia, afectación intestinal o lesiones cutáneas. Algunas simulaban perniosis, otras lesiones isquémicas de vasculitis o síndrome antifosfolípido. En los servicios pediátricos, incluidas las unidades de Dermatología y Reumatología pediátricas, comenzamos a ver múltiples cuadros cutáneos con alta sospecha de COVID-19 por los síntomas asociados, como anosmia, pero en ellos la PCR para la COVID-19 era negativa.

Se publicaron los primeros artículos con imágenes idénticas a las que habíamos visto en semanas previas y a finales de junio el equipo del Hospital Niño Jesús publicó el aislamiento de la COVID-19 en las lesiones cutáneas. La COVID-19 había roto la barrera de la edad: los niños que estaban considerados hasta entonces simples transmisores, se convirtieron en víctimas, incluso con reacciones similares al Kawasaki.

En conclusión, la COVID-19 puede producir un cuadro con afectación sistémica, por lo que podría conside-

rarse como un gran simulador y que puede afectar a cualquier edad. Actualmente disponemos de ensayos clínicos en marcha con fármacos biológicos que bloquean IL1, 6 y pequeñas moléculas que inhiben la janus quinasa con datos positivos.

Parece que ante ese nuevo pico que los virólogos vaticinan podemos enfrentarnos a las complicaciones más temidas pero si algo hemos aprendido en estos meses es que todos los individuos somos víctimas potenciales de la COVID-19 y la imprudencia de un solo individuo puede afectar a toda la humanidad.

Olaia Fernández Berrizbeitia

30 de junio de 2020

Bilbao. Basque Country. España

*Presidenta. Sección de Reumatología de la ACMB*