Emerge el Síndrome agudo respiratorio severo (SARS) **Emergence of severe acute respiratory syndrome (SARS)**

Debido a los múltiples reportes del tema se hace necesario hacer un resumen con los más importantes.

Las primeras comunicaciones dieron cuenta del cuadro clínico. El criterio de definición que se usó corresponde al recomendado por la OMS que tuvo algunas modificaciones leves durante la realización de los trabajos, pero se cita en todos según corresponda. Los síntomas más frecuentes eran fiebre (100%), calofríos (65-74%), mialgia (20-68%), tos (29-100%), compromiso del estado general (50-70%), diarrea (1-50%), mareos (12-48%) y odinofagia (11-23,2%)^{1,4}. Las alteraciones más frecuentes de laboratorio fueron linfopenia < 1.500/mm³ (68-89%), trombocitopenia < 150.000/mm³ (40-44,8%), leucopenia < 4.000/mm³ (26-33,9%), LDH elevada (80%), CPK elevada (56%) y AST elevada 78%^{1,3,4}. Se identificó como factores de riesgo de evolución más grave la mayor edad, falla renal, LDH elevada al ingreso, la coexistencia de infección por virus de hepatitis B y enfermedad subyacente^{2,3}. La radiografía inicial era anormal en 71% de los pacientes².

La enfermedad tiene un período de incubación de ~ 6,4 días (5,2 a 7,7)⁵ y una evolución trifásica. Durante la primera fase, con síntomas de un estado gripal, existe carga viral elevada en secreciones; luego viene un período de infiltrados y diarrea y finalmente, una etapa de *distress* respiratorio del adulto que se produce en aproximadamente 20% de los enfermos². Los trabajos en que se consiguió aislar el virus son múltiples, lográndose identificar un coronavirus^{1,6} excepto en una comunicación de Canadá donde también se aisló un metapneumovirus que llevó a una discusión respecto a su rol⁴. Esta discusión parece zanjada después de los trabajos en macacos en los que se logró reproducir la enfermedad, cumpliéndose así los postulados de Koch⁸. El aislamiento del virus permitió rápidamente desarrollar técnicas de serología y RT-RPC para su diagnóstico y detección en esputo, aspirado nasofaríngeo, plasma y deposiciones^{1,2,6,7}. El coronavirus se ha secuenciado y determinado que es diferente de los coronavirus conocidos, con sólo 50 a 60% de homología en su ADN⁷. Se ha intentado el tratamiento con ribavirina o corticoesteroides, siendo bastante dudoso el beneficio en los casos reportados^{2,9}. La anatomía patológica también se describe extensamente en un artículo¹⁰.

Comentario: Ya casi se nos ha hecho común en las últimas décadas la aparición de infecciones emergentes. Basta recordar el VIH, hantavirus, influenza de las aves, ébola en África o dengue en Isla de Pascua. Todo nos muestra que el mundo ha cambiado y una enfermedad pueda diseminarse rápidamente

causando un impacto mucho mayor. Afortunadamente, en este caso vemos que aparentemente las medidas fueron tomadas en forma oportuna, permitiendo el control de la enfermedad. Posiblemente ayudaron algunos factores como el tiempo de incubación breve y que la gran parte de los casos era sintomático, dando poca posibilidad a la diseminación de la enfermedad a partir de pacientes oligosintomáticos. Es destacable aparte de la rápida respuesta, el trabajo colaborativo de distintos equipos que explica el poco tiempo que tomó determinar el agente y sus características.

Bibliografía

- 1.- Peiris J S M, Lai S T, Poon L L M, Guan Y. Coronavirus as a possible cause of Severe Acute Respiratory Syndrome. Lancet 2003; 361: 1319-25.
- 2.- Pelris J S M, Chu C M, Cheng V C C, Chan K S et al. Clinical progression and viral load in a community outbreak of coronavirus-associated SARS pneumonia: a prospective study. Lancet 2003; 361: 1767-72.
- 3.- Lee N, Hui D, Wu A, Chan P et al. A major outbreak of Severe Acute Respiratory Syndrome in Hong Kong. N Engl J Med 2003; 348: 1986-94.
- 4.- Poutanen S M, Low D E, Henry B, Finkelstein et al. Identification of Severe Acute Respiratory Syndrome in Canada.
- 5.- Donnelly C A, Ghani A C, Leung G M, Hedley A J et al. Epidemiological determinants of spread of causal agent of Severe Acute Respiratory Syndrome in Hong-Kong. Lancet 2003 361: 1761-6.
- 6.- Ksiazek T G, Erdman D, Goldsmith CS, Zaki S R et al. A Novel Coronavirus associated with Severe Acute Respiratory Syndrome. N Engl J Med 2003; 348: 1953-66.
- 7.- Drosten C, Günther S, Preiser W, van der Werf S et al. Identification of a novel coronavirus in patients with Severe Acute Respiratory Syndrome. N Engl J Med 2003; 348: 1967-76.
- 8.- Kuiken T, Fouchier RAM, Schutten M, Rimmelzwaan G F et al. Newly discovered coronavirus as the primary cause of Severe Acute Respiratory Syndrome. Lancet 2003; 362: 263-70.
- 9.- Tsang K W, Ho P L, Ooi G C, Yee W K et al. A Cluster of Cases of Severe Acute Respiratory Syndrome in Hong Kong. N Engl J Med 2003; 348: 1977-85.
- 10.- Nicholls J M, Poon L L M, Lee K C, Ng W F et al. Lung pathology of fatal Severe Acute Respiratory Syndrome. Lancet 2003; 361: 1773-8.

Mario Calvo A.