



El 60% de los pacientes hospitalizados por COVID-19 desarrollan sintomatología neurológica y un 12% de los pacientes post-COVID tienen secuelas neurológicas

- La cefalea y la llamada 'niebla mental' son los síntomas neurológicos más habituales entre los pacientes post-COVID, además figuran entre las más persistentes.
- La COVID-19 es la causante de un tipo de dolor de cabeza muy específico, parecido a la migraña, que se cronifica en un 10-20% de los casos.
- La recuperación del olfato, en aquellos pacientes con COVID-19 que haya padecido anosmia, puede alargarse hasta los 3 años.
- Padecer COVID-19 eleva el riesgo de ictus: Un 1-2% de los pacientes sufren ictus isquémicos y un 4% trombosis venosas cerebrales.
- Los ictus producidos por la COVID-19 tienen un peor pronóstico, con una elevada mortalidad y discapacidad.

20 de abril de 2021.- ¿Puede el SARS-CoV-2 infectar el sistema nervioso central?, ¿cuáles son los principales síntomas neurológicos que se han detectado en pacientes COVID-19?, ¿qué secuelas neurológicas puede dejar el SARS-CoV-2 en los pacientes que han superado el COVID-19? Estas son algunas de las principales preguntas a las que se ha tratado de dar respuesta durante la participación de la Sociedad Española de Neurología (SEN) en el 2º Congreso Nacional Multidisciplinar COVID-19 de las Sociedades Científicas de España, que se celebró la semana pasada en formato virtual y que contó con la participación de más de 70 sociedades científicas españolas.

“Uno de los aspectos que hemos tratado es que, a lo largo de estos meses de pandemia hemos podido observar que el SARS-CoV-2 tiene varias vías para producir afectación neurológica: por invasión directa del virus en el sistema nervioso central, por la respuesta inmune, pero sobre todo por afectación indirecta. En todo caso la invasión directa del virus del sistema nervioso parece anecdótica y muy poco probable”, señala el Dr. Pere Cardona Portela, neurólogo del Hospital Universitari de Bellvitge y moderador de la mesa '**Afectación neurológica en pacientes con COVID**'. *“En los pocos casos en los que se ha detectado presencia del virus en células del sistema nervioso central, este parece haber podido invadir el sistema por tres vías distintas: la olfatoria, por el líquido cefalorraquídeo o por el torrente sanguíneo. Por otra parte, la autoinmunidad también podría haber jugado un papel que podría explicar algunos de los también pocos casos que se han dado de Guillain-Barré o de desmielinización autoinmune cerebral. En todo caso, la gran mayoría de la afectación neurológica en pacientes COVID-19 ha sido por afectación indirecta, bien como*

respuesta inflamatoria (lo que se ha llamado tormenta de citoquinas), procesos cerebrovasculares por coagulopatía y/o daños sobre el endotelio vascular o miocárdico, o bien por complicaciones secundarias”.

“Al principio de la pandemia, uno de nuestros mayores temores es que el SARS-CoV-2 fuera altamente neuroinvasivo, es decir, que el virus fuera capaz de entrar con facilidad en el sistema nervioso central, por las serias complicaciones que esto podría suponer en los pacientes. Sin embargo, y aunque se han dado casos excepcionales en los que el SARS-CoV-2 ha invadido el sistema nervioso central, la gran mayor parte de la afección neurológica que hemos visto en los pacientes no ha sido tanto por la invasión directa sino por manifestaciones indirectas. En todo caso estas manifestaciones indirectas, en algunos pacientes, han sido de especial gravedad y la sintomatología neurológica ha estado muy presente en los pacientes con COVID-19”, comenta el Dr. Jesús Porta Etesam, neurólogo del Hospital Clínico San Carlos y Vicepresidente de la Sociedad Española de Neurología.

Principales síntomas neurológicos del COVID-19

Uno de los últimos estudios que se han realizado hasta la fecha señala que el 60% de los pacientes hospitalizados por COVID tuvieron síntomas neurológicos, aunque en el 85% de los casos fueron síntomas leves e inespecíficos.

“A lo largo de estos meses se han reportado en pacientes con COVID-19 numerosos síntomas neurológicos como dolor muscular, encefalitis, encefalopatías, mielitis, crisis epilépticas, neuropatías,... Pero los más reseñables por su alta prevalencia fueron la anosmia (pérdida de olfato) y las cefaleas y, por su gravedad, los accidentes cerebrovasculares, como los ictus isquémicos, ictus hemorrágicos, o trombosis venosas cerebrales que se han producido”, destaca el Dr. Jesús Porta.

Se ha podido observar que la **anosmia**, además de ser un síntoma de buen pronóstico, es uno de los síntomas más habituales en personas jóvenes, en mujeres y en personas con algún tipo de afección neurológica previa. En la mayoría de los casos, esta anosmia se produce por la afectación de neuroepitelio olfativo y, en aquellos casos en las que la pérdida de olfato se prolonga más en el tiempo se cree que podría deberse a la neurodegeneración producida por las neuronas sensitivas-olfativas para evitar que el SARS-CoV-2 invada el sistema nervioso central, como mecanismo de defensa. Los pacientes se suelen recuperar de esta pérdida de olfato entre la 2ª y la 8ª semana, aunque en algunos casos esta recuperación puede llevar hasta 3 años. Si además de anosmia se desarrolla parosmia (distorsiones en el sentido del olfato, generalmente mal olor) también es síntoma de un buen pronóstico.

Respecto a la **cefalea**, se ha descrito un tipo de dolor de cabeza muy específico y asociado al virus: de características opresivas, que empeora con la actividad y los movimientos de cabeza, que despierta por la noche a un 33% de los pacientes y que en ocasiones se acompaña de hipersensibilidad. Es por lo tanto una cefalea que se parece a la migraña, aunque los pacientes que ya padecían migraña, la identifican como un dolor de cabeza distinto. Se cree que los episodios de cefaleas pueden ser debidos a la tormenta de citoquinas y que entre un 10-20% de los pacientes COVID-19 que desarrollaron esta sintomatología pueden desarrollar una cefalea crónica, aunque aún se están analizando los factores que puede incidir para que se cronifique.

Menos frecuente, pero mucho más graves, son los casos de **ictus** que se han dado en pacientes COVID-19. Diversos estudios ya señalan que, en pacientes hospitalizados,

existe un incremento de riesgo de ictus por COVID de alrededor de un 1-2% en el caso de ictus isquémicos y de un 4% en las trombosis venosas cerebrales, que si bien suelen ir asociados a la gravedad de la infección, tienen un peor pronóstico: algunas series internacionales destacan que la mortalidad por ictus en personas con COVID alcanza el 59%.

“En nuestro centro, el 1,4% de pacientes con COVID-19 ingresados desarrollaron ictus y con peor pronóstico ya que el 74% de los supervivientes desarrollaron discapacidad funcional. Y si bien la mortalidad no alcanzó al 59%, sí al 35% de nuestros pacientes, un porcentaje mucho más alto de lo que habitualmente manejamos”, explica el Dr. Francisco Hernández Fernández, neurólogo del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. El 26% de los casos de ictus que se atendieron en este centro durante los primeros meses de la pandemia se produjeron en pacientes con COVID-19. En el Hospital de Bellvitge, los casos de ictus en pacientes COVID-19 supusieron entre el 15 y el 20% de los casos totales.

Secuelas neurológicas de la COVID-19 o síndrome post- COVID-19

Un reciente estudio realizado en España señala que el 51% de pacientes que ha sobrevivido al COVID-19 han desarrollado secuelas que pueden prolongarse incluso 12 meses. Los síntomas neurológicos alcanzan a un 12% de los pacientes post-COVID y entre ellos destacan sobre todo la cefalea y los problemas cognitivos (la llamada “niebla mental”). Aunque también son muy habituales otros no exclusivamente neurológicos como pueden ser la fatiga o el dolor muscular: más del 50% de los pacientes que han pasado la COVID-19 presentan fatiga y trastornos del sueño. Además, el dolor de cabeza, la fatiga y el dolor muscular figuran entre las secuelas más persistentes.

“En el caso de la pérdida de olfato, aunque la gran mayoría de los pacientes se suelen recuperar antes de la 8ª semana, sabemos por virus semejantes que recuperarse de la anosmia puede alargarse hasta los 3 años. También comentábamos antes que estimamos que entre un 10 y un 20% de las cefaleas por COVID-19 se cronifican, es decir, que generan dolor de cabeza más de 15 días al mes. Y respecto al dolor muscular, puesto que son muy pocos los pacientes los que han desarrollado afectación directa del músculo, pensamos que se trata de una consecuencia de la respuesta inflamatoria, semejante a la que producen otros virus”, explica el Dr. Jesús Porta. *“Respecto a la llamada ‘niebla mental’ tampoco es algo nuevo ya que es algo que con anterioridad ya se había observado en pacientes con dolores crónicos o en personas que padecen depresión o ansiedad. Pero también se está estudiando la posibilidad de que en algunos casos se deba a una disfunción mitocondrial producida por el virus o que haber padecido la enfermedad haya acelerado procesos en personas que probablemente en un futuro hubieran desarrollado algún tipo de enfermedad neurodegenerativa. Por lo tanto, lo prudente sería analizar cada caso en concreto para determinar la causa que pueda estar detrás de estos problemas cognitivos”.*

Por otra parte los expertos señalan la posibilidad de que, en un futuro, muchos pacientes que han estado en la UCI, en la UVI o con síntomas graves de COVID tengan una reducción en la reserva neuronal que les causará problemas neurológicos de distinta sintomatología. En todo caso, es altamente improbable que esto suponga una epidemia futura de enfermedades neurológicas.

“Finalmente señalar que, como la incidencia de trombosis venosa cerebral en relación con la vacuna es muy anecdótica, no se ha necesitado modificar los flujos de trabajo

en Neurología ni en los circuitos asistenciales en Urgencias, aunque sí que hemos observado un leve incremento de consultas por cefalea -tanto en atención primaria como en hospitales- de personas vacunadas", comenta el Dr. Pere Cardona.

Ana Pérez Menéndez

Sociedad Española de Neurología

Departamento de Prensa

Email: prensa@sen.org.es

Tlf: +34 91 314 84 53 (ext. 6)

Mov: +34 647953790

Fax: +34 91 314 84 54

A través del Gabinete de Prensa de la SEN podrá contactar con los mejores especialistas en Neurología. No dude en ponerse en contacto con nosotros. Estaremos encantados de ayudarle tanto para contrastar cualquier información como para colaborar en todo aquello que nos propongan.