

UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA PULMONAR EN UN CASO DE COVID 19

Dra. Vanesa Muñoz Mendoza¹ / Dr. Cesar Naudín Royo² / Dr. Antonio Martínez Oviedo¹

¹ Servicio de Urgencias. Hospital Obispo Polanco. Teruel

² Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Obispo Polanco. Teruel

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una mujer de 45 años con antecedentes de lupus eritematoso sistémico y Síndrome de Sjögren, que comienza aproximadamente 20 días previos a la consulta en Urgencias con fiebre de hasta 38°C, tos y odinofagia. Los días previos a su atención comenzó a presentar disnea y dolor pleurítico en hemitórax izquierdo. Se le había realizado de forma ambulatoria test rápido de anticuerpos Covid-19 y PCR Covid-19 de exudado faríngeo, resultando ambos negativos. La paciente presentaba como constantes: FC: 139lpm, Tª 37.9°C y SatO2 91% respirando aire ambiente. A la exploración física destacaba hipofonesis en base pulmonar izquierda. Se realizó radiografía de tórax portátil (Fig. 1), donde se observaba abundante derrame pleural izquierdo, sin otras alteraciones. Ante los hallazgos se decidió realizar ecografía pulmonar para mejor caracterización de estos y para la realización de toracocentesis eco-guiada. Al realizar ecografía se observaba: líquido pleural abundante en base y campos medios izquierdos con atelectasia pulmonar secundaria, con imágenes de aire en su interior (broncograma aéreo fijo) y escaso deslizamiento pleural (Fig. 2). En pulmón derecho (sin alteraciones en la rx) se apreciaban en campos posteriores múltiples líneas B en base y campos medios, con irregularidad de la línea pleural en algunos segmentos inferoposteriores (Fig. 3). En campos anteriores se observaban líneas A como patrón normal (Fig. 4). Todos estos hallazgos junto con la clínica, eran sugestivos de infección por Covid-19. Se realizó nueva PCR Covid-19 resultando esta positiva. Se realizó toracocentesis ecoguiada obteniendo líquido pleural amarillento, cuya composición cumplía criterios de exudado, con Ph 7.35, leucocitos con predominio de PMN, el cultivo fue negativo. A la semana del ingreso, se le realizó nueva PCR para coronavirus que resultó ya negativa y un TAC torácico en el que no se apreciaban lesiones en el pulmón derecho.

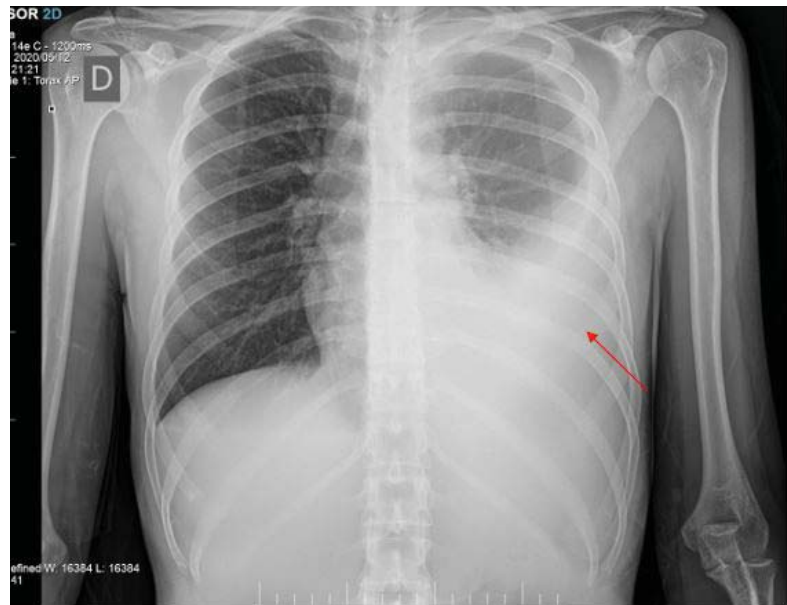


Fig. 1. Rx Tórax AP. Derrame pleural izquierdo.

DISCUSIÓN

La enfermedad por SARS-Cov-2 (COVID-19) se caracteriza por producir un cuadro de neumonía, acompañado de fiebre y tos, con opacificaciones pulmonares multifocales en vidrio deslustrado y que puede evolucionar a síndrome de distres respiratorio agudo¹.

La evaluación de la imagen en estos pacientes se basa en la realización de radiografías de tórax con equipo portátil, lo que sólo nos permite obtener una proyección, presentando baja sensibilidad al inicio de la enfermedad. Además de las dificultades técnicas que puede limitar el estudio. La realización de TC, que es la prueba más sensible, se encuentra muy limitada por la necesidad de trasladar al paciente a la sala de Radiología y la radiación a la que se somete al paciente.

La ecografía pulmonar en el enfermo COVID-19 es una herramienta muy sensible y accesible, que no expone al enfermo a radiación y se

Notas Clínicas

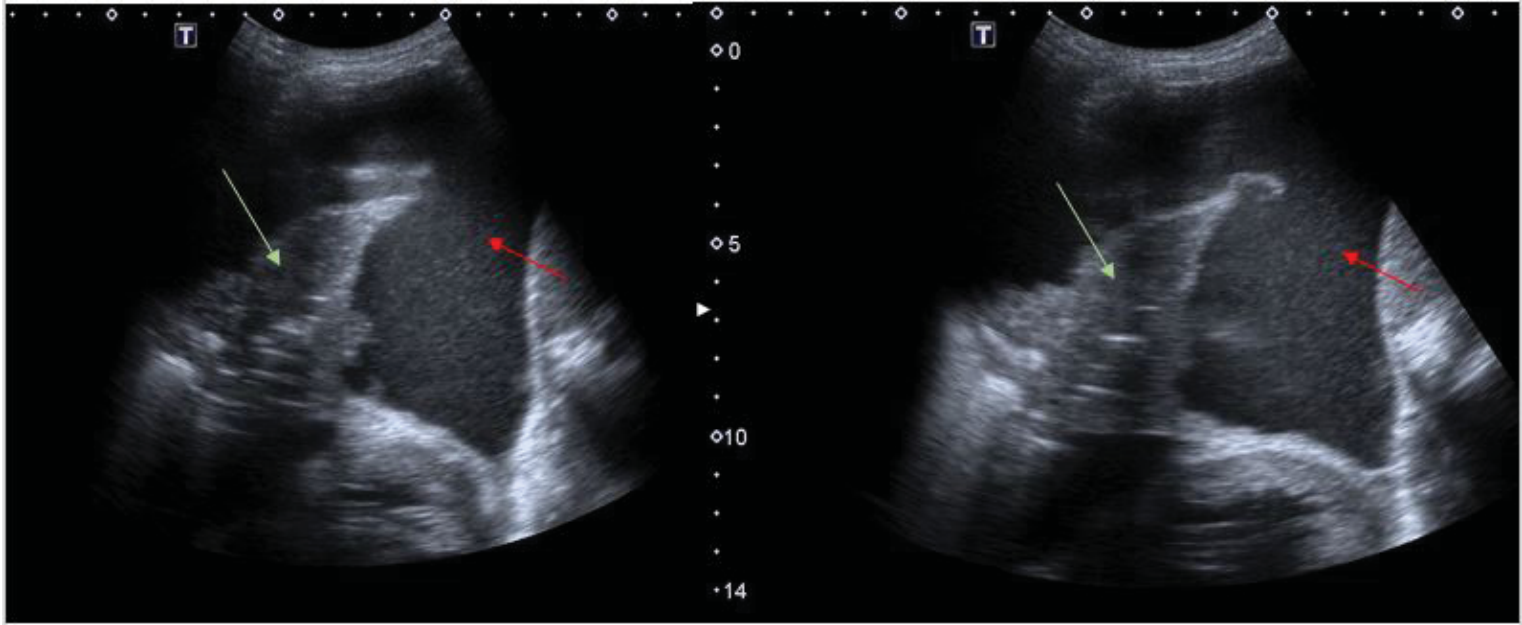


Fig. 2. Ecografía Pulmonar base izquierda: Líquido pleural abundante (flecha roja). Atelectasia Pulmonar (“Signo de la trompa del elefante”) con broncograma aéreo en su interior (flecha verde).

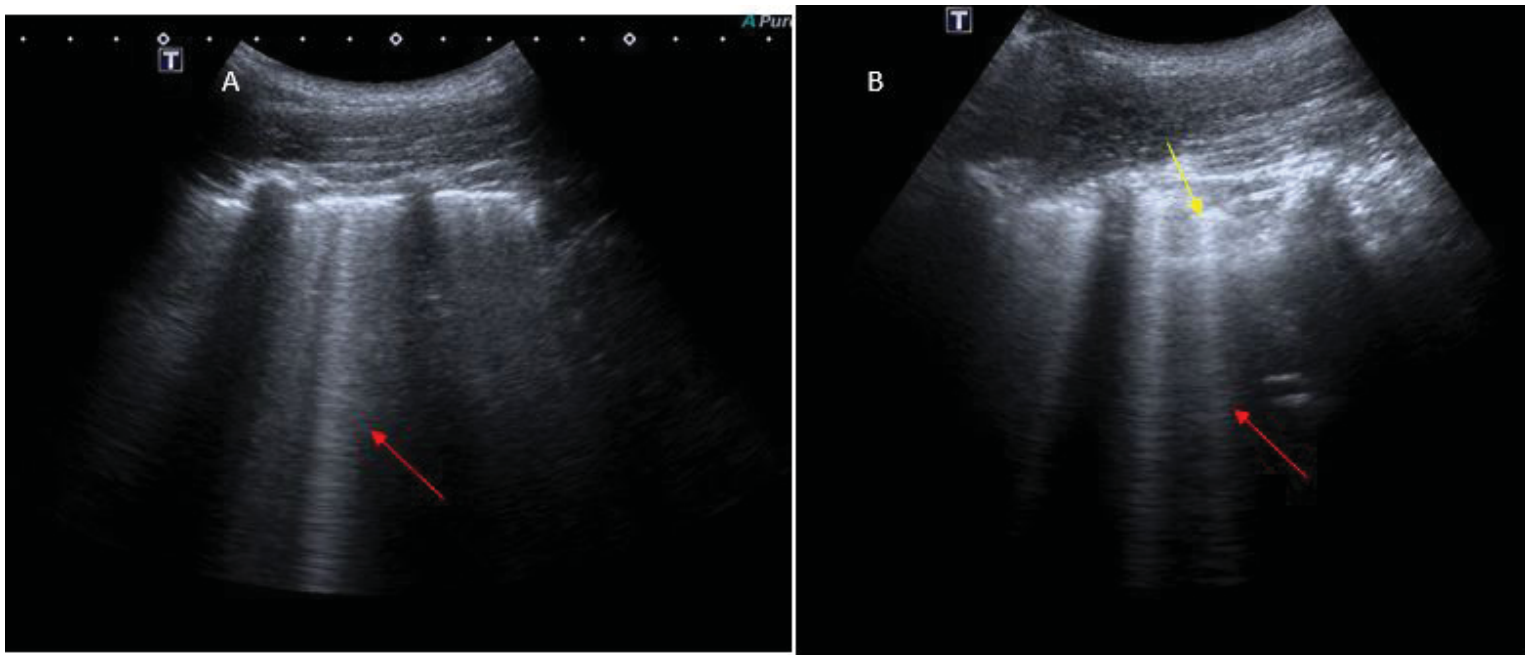


Fig. 3. A: campos medios posteriores derechos Líneas B (flecha roja). B: base pulmonar derecha con líneas B confluentes e irregularidad pleural (flecha amarilla). Las Líneas B: son líneas que parten desde la línea pleural y llegan hasta el final de la pantalla como colas de cometa.

puede repetir las veces que sea necesario para ver la evolución, también evita el traslado innecesario del paciente ya que se realiza a la cabecera del paciente.

Los hallazgos característicos en los pacientes COVID dependen de la fase evolutiva de la enfermedad. Inicialmente aparecen líneas B de distribución irregular que posteriormente irán confluyendo para formar una línea única ancha o “signo de la cascada”. Se pueden observar irregularidades de la línea pleural, o engrosamiento de esta. También aparecerán pequeñas consolidaciones subpleurales con broncograma aéreo en su interior conforme progresa la enfermedad. La presencia

Notas Clínicas

de derrame pleural es un hallazgo poco común y suele indicar sobreinfección bacteriana. Aunque las imágenes no son específicas y pueden verse en otros síndromes intersticiales, es muy típica la afectación parcheada observada en el Covid-19^{2,3}.

El uso de la ecografía pulmonar nos permite identificar las lesiones pulmonares desde las fases más precoces y la severidad de estas, además nos da la posibilidad de realizar seguimiento de los hallazgos⁴. Por todo ello deberíamos considerar la ecografía pulmonar como una herramienta muy valiosa tanto para diagnóstico como para seguimiento en esta enfermedad, sobre todo en casos sospechosos con Rx de Tórax normal.

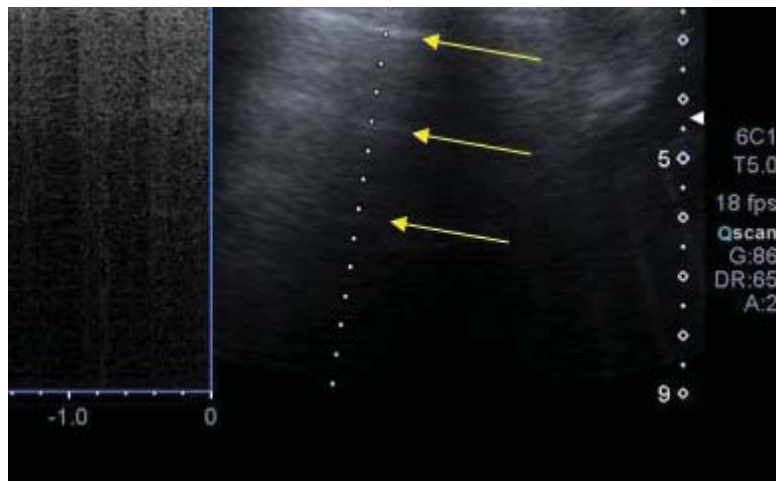


Fig. 4. Ecografía Pulmonar campo anterosuperior derecho: Líneas A (flecha amarilla) y deslizamiento pleural presente ("signo de la orilla del mar" flecha roja línea pleural). Patrón normal. Líneas A: son líneas paralelas a la línea pleural, es el patrón típico del pulmón sano.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guan WJ, Ni ZY, Hu Y, et al; China Medical Treatment Expert Group for Covid-19. Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. *N Engl J Med.* 2020;382:1708-1720.
2. Peng Q, Wang X, Zhang L. Findings of lung ultrasonography of novel corona virus pneumonia during the 2019–2020 epidemic. *Intensive Care Medicine* 2020.
3. Buonsenso D, Piano A, Raffaelli F, Bonadia N, de Gaetano Donati K, Franceschi F. Point-of-Care Lung Ultrasound findings in novel coronavirus disease-19 pneumoniae: a case report and potential applications during COVID-19 outbreak. *European review for medical and pharmacological sciences.* Mar 2020;24(5):2776- 2780.
4. Mojoli F, Bouhemad B, Mongodi S, Lichtenstein D. Lung ultrasound for critically ill patients. *Am J Respir Crit Care Med* 2019; 199: 701-714.