

## CASO CLÍNICO: NEUMONÍA BILATERAL INSTERSTICIAL EN ENERO DE 2020. ¿POSIBLE CASO DE COVID-19?

Dra. Sandra Rodríguez Martínez<sup>1</sup> / Dr. Julio Talaván Serna<sup>2</sup> / Dra. Yulia Perova<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Médico Residente Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio de Urgencias. Hospital Obispo Polanco. Teruel

<sup>2</sup> FEA Anestesiología y Reanimación. Servicio de anestesiología. Hospital Obispo Polanco. Teruel

<sup>3</sup> Médico Residente Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio de Urgencias. Hospital Obispo Polanco. Teruel

### PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente varón de cuarenta y tres años sin alergias medicamentosas. No refiere hábitos tóxicos. Como antecedentes médicos destacan dislipemia familiar mixta (hipertrigliceridemia e hipercolesterolemia) en tratamiento con ezetimiba/atorvastatina 10/20mg, y enfermedad de Cronh diagnosticada en 2008 y tratada inicialmente con azatioprina hasta 2013. En fase de remisión desde entonces y con dos colonoscopias libres de lesiones en 2013 y 2016. Intervenido de amigdalectomía y postectomía.

Acude a urgencias del Hospital General de Teruel Obispo Polanco el día 21 de enero de 2020 por disnea de unas 36 horas de evolución que ha ido progresivamente en aumento hasta hacerse de reposo. Asocia también cefalea occipital y cervicalgia. El paciente refiere el inicio de un síndrome gripal 12 días atrás, por el que ya había consultado en urgencias en dos ocasiones. Desde entonces presenta febrícula persistente con picos de fiebre, malestar general, tos irritativa, disnea de moderados esfuerzos, artromialgias y dolor en ambos hemitórax, junto con un cuadro gastrointestinal con vómitos y diarreas autolimitado en proceso de resolución. Ha estado con tratamiento con paracetamol para el control de la fiebre y los síntomas y con prednisona en pauta corta descendente por sospecha de que la clínica gastrointestinal fuera secundaria a un brote de su enfermedad de Cronh.

En el momento de la exploración física el paciente se encuentra consciente, orientado y estable hemodinámicamente. Presenta disnea de reposo y taquipnea con importante tiraje intercostal, palidez cutánea, sudoración y lagrimeo ocular. Se objetiva mediante pulsioximetría una saturación periférica de oxígeno (SatO<sub>2</sub>) de 90% con una FiO<sub>2</sub> de 21%, por

lo que se inicia oxigenoterapia con gafas nasales a 2 lpm con mejoría posterior de la SatO<sub>2</sub>. En la exploración orofaríngea se observa discreta hiperemia faríngea sin otros hallazgos locales. En la auscultación pulmonar se aprecian finos crepitantes dispersos de predominio basal. No se detectan hallazgos relevantes en el resto de la exploración.

Se solicita analítica sanguínea con bioquímica, hemograma, coagulación y gasometría arterial. También se realiza una radiografía de tórax postero-anterior y lateral, así como un electrocardiograma. En la gasometría arterial (FiO<sub>2</sub> de 21%) se objetiva una insuficiencia respiratoria parcial con una PaO<sub>2</sub> de 51%. En la bioquímica destaca una elevación de transaminasas cuatro veces por encima del límite alto de la normalidad y una PCR elevada. En el hemograma se observa normalidad células de la serie blanca con una disminución de las cifras de hemoglobina de 2.3 puntos respecto a las cifras registradas tres días atrás (143 g/dL vs. 16.3 g/dL). La coagulación no presenta alteraciones salvo discreta elevación del fibrinógeno.

En la radiografía de tórax se observa un infiltrado alveolo-intersticial bilateral con pequeños y múltiples focos de aumento de densidad de predominio en hemotórax derecho y de localización retro cardiaca (Fig. 1 y 2).

Durante su estancia en urgencias se extrajeron muestras para realizar hemocultivos y para detección de antígenos de neumococo y Legionella, serologías de neumonías atípicas y PCR de detección de gripe A, B y VRS y. Todas ellas resultaron negativas.

El paciente es ingresado en planta de medicina interna, donde se amplía el estudio analítico, destacando como nuevos hallazgos, una ferritina de 1730 ng/ml, una LDH elevada y una hipoproteinemia

## Notas Clínicas



Fig. 1 y 2. Radiografía de tórax postero-anterior y lateral.

con hipoalbuminemia. Dada la mayor frecuencia de aparición de cuadros infecciosos de mayor gravedad (como en este caso) en pacientes inmunodeprimidos o con enfermedades infecciosas crónicas, se descartó mediante serología la infección por virus de la hepatitis B, C y VIH.

En planta se inicia tratamiento antibiótico de amplio espectro y tratamiento sintomático con terapia broncodilatadora de corta acción, presentando mejoría paulatina de los síntomas. Fue dado de alta 6 días después asintomático y apirético y con SatO<sub>2</sub> normalizada, con diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad de etiología no filiada.

### DISCUSIÓN

El caso que se presenta, por sus manifestaciones clínicas, analíticas y radiológicas, es compatible con el diagnóstico de neumonía bilateral atípica. Al contrario que en las neumonías típicas, en las que podemos encontrar en la mayoría de las ocasiones imágenes de consolidación alveolar de mayor o menor extensión, éstas se caracterizan radiológicamente por un infiltrado intersticial o alveolo-intersticial, en ocasiones con micromódulos asociados como en este caso. Analíticamente es frecuente en-

contrar un recuento leucocitario normal o levemente aumentado, pudiendo asociar linfopenia. La elevación de reactantes de fase aguda (PCR, VSG) también puede ser más discreta que en los casos de neumonía típica adquiridas en la comunidad. Con frecuencia, estas características ayudan a realizar el diagnóstico diferencial de neumonías causadas por microorganismos atípicos como *Legionella Pneumophila*, *Mycoplasma Pneumoniae*, *Clamidia Pneumoniae* o de neumonías de etiología vírica como la causada por virus influenzae u otros de reciente aparición como el coronavirus SARS-CoV-2.

El primer contacto del paciente con el servicio de urgencias se produce en enero de 2020, mes en el que la incidencia de síndromes gripales en Teruel y en el resto de España se encuentra en aumento. Teniendo en cuenta la situación epidemiológica en aquel momento de las infecciones por virus influenzae y dados los síntomas iniciales del paciente así como su evolución (aparición gradual y larvada de los síntomas, artromialgias generalizadas, cefalea, síntomas gastrointestinales...), el diagnóstico de sospecha inicial fue el de neumonía atípica de probable etiología vírica por virus influenza (cabe destacar que el paciente no estaba vacunado contra la gripe al no pertenecer a ninguno

## Notas Clínicas

de los grupos de riesgo poblacionales). Es por ello que se tomaron muestras para el análisis mediante detección de PCR de virus influenza A, B y VRS junto con serología de neumonías atípicas, así como prueba de detección de antígenos en orina.

En cuanto a la infección por SARS-CoV-2, en el informe de la misión de la OMS en China se describen los síntomas y signos más frecuentes, que incluyen: fiebre, tos seca, astenia, expectoración, disnea, dolor de garganta, cefalea, mialgia o artralgia, escalofríos, náuseas o vómitos, congestión nasal, diarrea, hemoptisis y congestión conjuntival. Como se puede observar todos ellos pueden ser compatibles con síndromes gripales de distinta etiología. Sin embargo en algunos individuos, en especial en pacientes de edad avanzada o co-morbilidades de diversa índole (inmunosuprimido, enfermedades cardio-pulmonares crónicas, etc.) existe un mayor riesgo de desarrollo de neumonía con síntomas y signos de gravedad como disnea, taquipnea  $\geq 30/\text{min}$ , saturación  $\text{O}_2 \leq 93\%$ ,  $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 300$ , y/o infiltrados pulmonares de  $\geq 50\%$  de los campos radiológicos en 24-48%. Radiológicamente, los patrones más frecuentes de la neumonía causada por SARS-CoV-2 son infiltrados uni o bilaterales, patrón intersticial o patrón de vidrio esmerilado.

Diez días después del ingreso del paciente en nuestro hospital, el 31 de enero de 2020 se detecta en España el primer caso de neumonía causada por el virus SARS-CoV-2 en La Gomera, siendo éste un caso importado desde Alemania. Sin embargo no fue hasta el 24 de febrero y hasta el 7 de marzo cuando se detectan los primeros casos confirmados de COVID-19 en la península y Teruel respectivamente. A partir de entonces los protocolos para la realización de pruebas de PCR para la detección de SARS-CoV-2 fueron adaptándose sucesivamente según se iban conociendo nuevos datos estadísticos epidemiológicos.

Dada la evolución de la pandemia en España, se vuelve a interrogar al paciente en mayo de 2020 y nos aporta algunos datos epidemiológicos interesantes de forma retrospectiva. Nos informa de que una semana antes del inicio de los síntomas estuvo en contacto con personas procedentes de Madrid, por aquel entonces asintomáticas todas ellas. También refiere una pérdida de peso de unos 10kg durante el ingreso y los quince días posteriores al alta, así como sudoración profusa de predominio nocturno durante este periodo. Añade que una semana después del alta, su mujer inicia un cuadro catarral con febrícula de un mes de evolución sin complicaciones asociadas y simultáneamente si hija debuta con un cuadro de dolor abdominal con náuseas y vómitos autolimitado. En el mes de mayo, a fecha de la entrevista telefónica, persiste disnea de esfuerzo con ejercicio físico de moderada intensidad no presente previamente y que parece ir mejorando lenta aunque progresivamente.

El día 14 de mayo de 2020 se realiza tanto al paciente como a su mujer un test rápido cualitativo de detección de anticuerpos contra SARS-CoV-2, resultando negativo en ambos.

### CONCLUSIONES

Ante la elevada especificidad y sensibilidad variable de los test rápidos, no es posible descartar una infección por coronavirus pasada a pesar de haber resultado negativo. Dada la imposibilidad de realizar test serológico cuantitativo en la actualidad, se presenta este caso de insuficiencia respiratoria aguda por neumonía bilateral intersticial grave en un paciente sin comorbilidad que por sus características y fecha de aparición podría ser compatible con infección por SARS-CoV-2, lo cual, de haber podido ser confirmado en su momento, implicaría la presencia del virus en Teruel desde mediados de enero de 2020.

# Notas Clínicas

## BIBLIOGRAFÍA

1. Enfermedad por coronavirus, COVID-19. INFORMACIÓN CIENTÍFICA-TÉCNICA (Actualización, 17 de abril 2020). Secretaria General De Sanidad Y Consumo. Dirección General De Salud Pública, Calidad E Innovación. Ministerio de Sanidad, Gobierno de España.
2. Interpretación de las pruebas diagnósticas frente SARS-CoV-2 (24 de abril de 2020). Versión 2. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad, Gobierno de España.
3. Guía para la utilización de tests rápidos de anticuerpos para covid-19 (Actualizado a 7 de abril de 2020). Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad, Gobierno de España.
4. Documento formación rápida para atención a pacientes SARS-CoV-2 (COVID 19). Servicio Aragonés de Salud. Departamento de Sanidad. Servicio Aragonés de Salud.