

RÁPIDA EVOLUCIÓN CLÍNICA Y RADIOLÓGICA EN UN CASO DE COVID-19

Dra. Vanesa Muñoz Mendoza¹ / Dra. Isabel Moreno Lucente² / R. Fernández Santos³

¹ Servicio de Urgencias. Hospital Obispo Polanco. Teruel

² Servicio de Medicina Interna. Hospital Obispo Polanco. Teruel

³ Servicio de Medicina Preventiva. Hospital Obispo Polanco. Teruel

RESUMEN

La enfermedad por Coronavirus (COVID-19) está causada por SARS-CoV-2, un nuevo coronavirus, que fue reconocido por primera vez en Wuhan, China en diciembre de 2019¹.

Mientras que la mayoría de los pacientes desarrolla enfermedad leve (40%) o moderada (40%), hasta un 15% desarrollará enfermedad severa con necesidades de oxígeno suplementario y un 5% enfermedad crítica con múltiples complicaciones como el síndrome de distress respiratorio agudo (SDRA).

Presentamos un caso de una paciente de 66 años que presentó rápido empeoramiento con fallo respiratorio agudo.

PALABRAS CLAVE

COVID-19, síndrome de distress respiratorio agudo

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una paciente de 66 años con antecedentes de Síndrome de Sjögren y carcinoma ductal infiltrante de mama izquierda recientemente diagnosticado, que había recibido una sesión de quimioterapia 15 días antes. Una semana tras el ciclo de quimioterapia la paciente comienza con fiebre de hasta 38°C, astenia intensa y sensación de malestar general, se le realizó PCR Covid-19 siendo esta positiva y decidiéndose mantener en aislamiento domiciliario con tratamiento sintomático. La paciente a lo largo de la semana presenta empeoramiento progresivo con cada vez mayor disnea y postración con mialgias y debilidad. Ante la disnea intensa que presenta la paciente acude a Urgencias después de 7 días del inicio de los síntomas, donde se objetivó dificultad respiratoria importante con Saturación de Oxígeno (SatO₂) a su llegada de 70% respirando aire ambiente. Se inicio a su llegada tratamiento con O₂ al 50% con reservorio con mejoría progresiva de la SatO₂ hasta 89-90%, pero persistía dificultad respiratoria con uso de musculatura accesoria e incapacidad de la paciente para completar frases debido a su disnea. A la exploración física destacaba importante tiraje intercostal y abdominal, tonos cardiacos taquicárdicos en torno a 120 lpm y crepitantes dispersos por ambos hemitórax. Se realizó analítica de sangre donde destacaban cifras de Proteína C Reactiva (PCR) 264.6mg/L, Procalcitonina (PCT) 2.38ng/mL, linfopenia importante con valores absolutos de 600 y Dímero D 39575ng/mL. También se realizó radiografía de tórax (Fig. 1) donde se observaban múltiples opacidades pulmonares difusas bilaterales sugestivas de neumonía por

ABSTRACT

Coronavirus disease (COVID-19), is caused by SARS-CoV-2, a novel coronavirus, that was first recognized in Wuhan, China, in December 2019.

While most people develop only mild (40%) or moderate (40%) disease, approximately 15% develop severe disease that requires oxygen support, and 5% have critical disease with complications like acute respiratory distress syndrome (ARDS).

KEY WORDS

COVID-19, síndrome de distress respiratorio agudo

Notas Clínicas

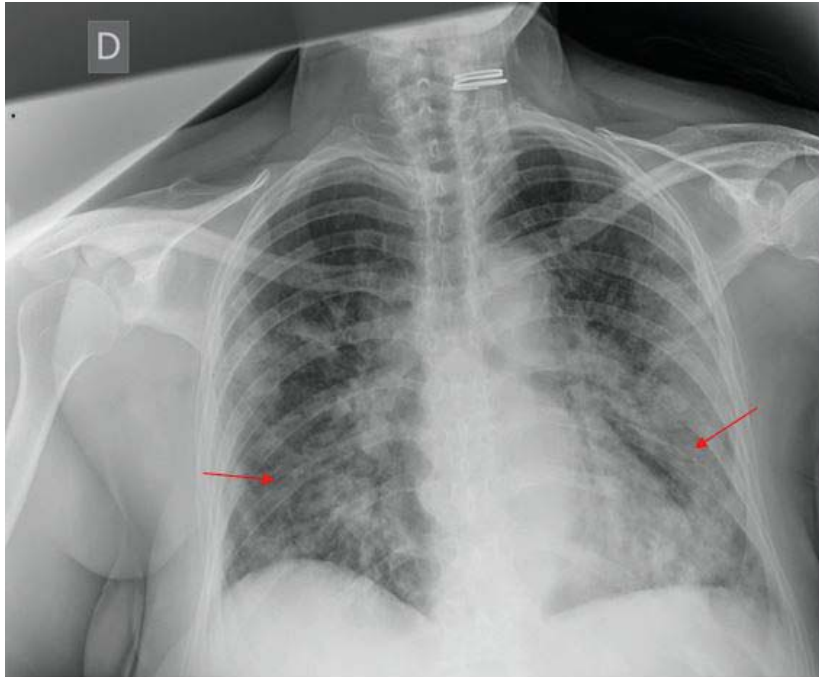


Fig. 1. Radiografía de tórax al ingreso: opacidades pulmonares difusas bilaterales.

Covid-19. Ante la situación de la paciente con insuficiencia respiratoria severa, neumonía bilateral por coronavirus y SatO₂ en torno a 85-87% con oxigenoterapia en mascarilla reservorio a 15L, se decidió ingreso en UCI con intubación orotraqueal e inicio de Ventilación Mecánica con altos flujos y necesidades de O₂, precisando varias sesiones de prono. Se realizaron radiografías de control durante su ingreso en UCI (Fig. 2). Tras 30 días de ingreso en UCI se realizó TC torácico donde se seguían observando consolidaciones y opacidades en vidrio deslustrado multifocales de predominio periférico y bibasales (Fig. 3).

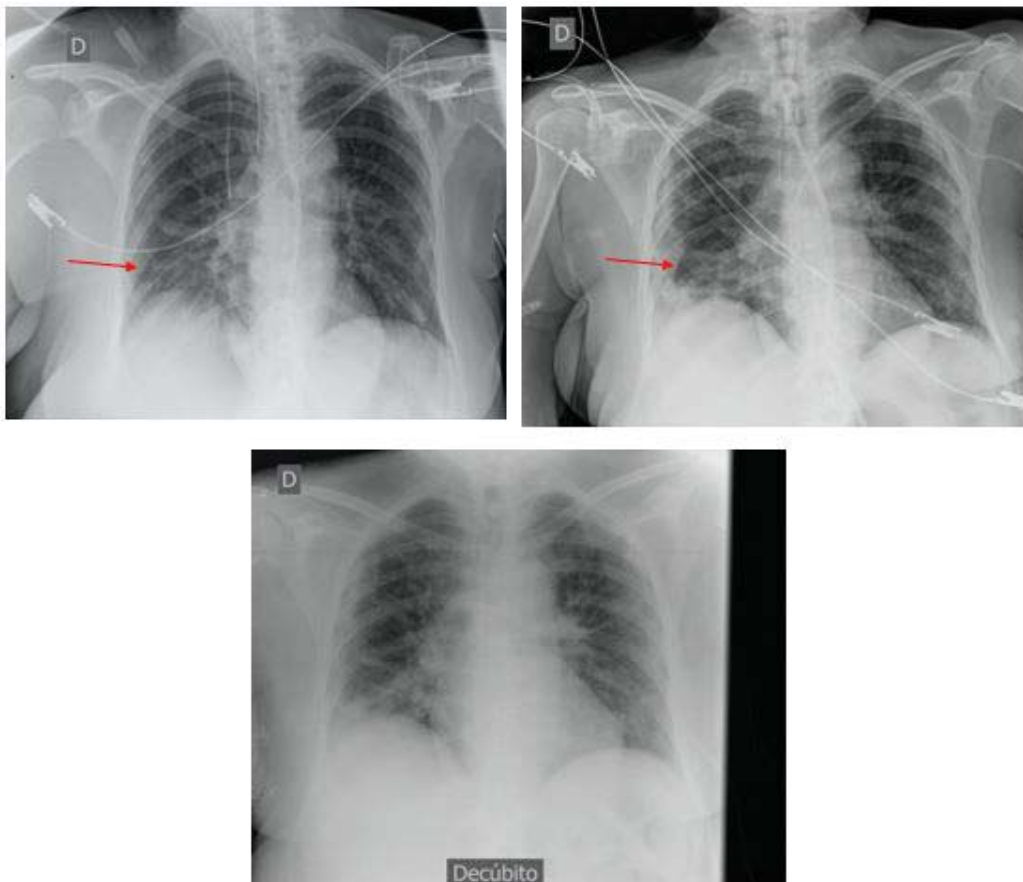


Fig. 2. A: Rx en fase de destete de IOT. Pequeños focos de consolidación en ambas bases. B: Rx control tras 20 días de ingreso, opacidades pulmonares periféricas. C: Rx control al alta de planta: persisten opacidades pulmonares bilaterales con pérdida de volumen en hemitórax derecho.

Notas Clínicas

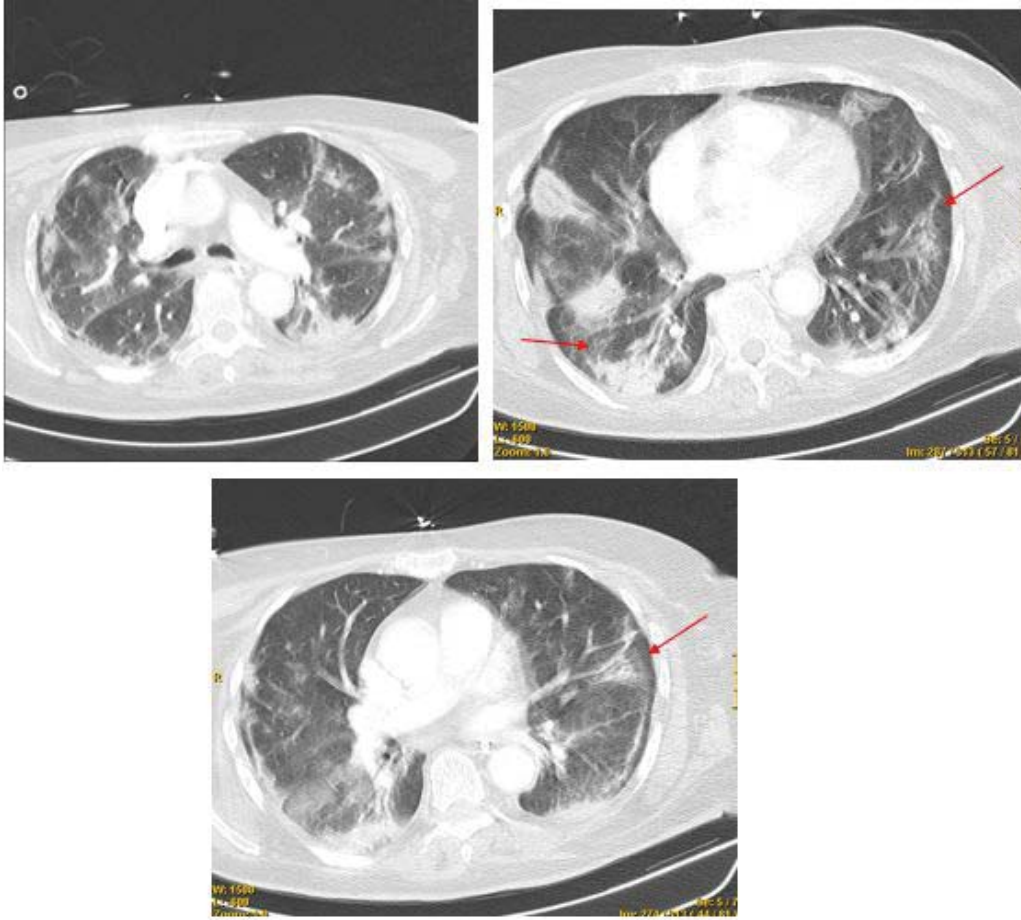


Fig. 3. TC torácico: consolidaciones y opacidades en vidrio deslustrado multifocales de distribución periférica y bibasal.

DISCUSIÓN

La enfermedad crítica que desarrolla SDRA, suele aparecer tras 1-2 semanas tras el inicio de los síntomas. Los factores de riesgo que se asocian a mayor severidad todavía no se conocen con exactitud, pero en algunos estudios se ha observado que pacientes con edad avanzada, comorbilidades y disnea suelen ser los que presentan peores resultados. Los pacientes que presentan cáncer no se ha observado que tengan mayor riesgo de infección, pero sí peor evolución y pronóstico. Otros hallazgos que se relacionan con peor evolución son los hallazgos en sangre de linfopenia, niveles elevados de LDH y de Dímero D². Conforme avanza la enfermedad se pueden comenzar a observar en la radiografía infiltrados bilaterales en vidrio deslustrado, que progresivamente irán confluyendo y formando consolidaciones y habitualmente tienen localización periférica o en bases pulmonares. La mayor afectación pulmonar se suele observar a partir del 10º día tras el inicio de la clínica respiratoria³.

BIBLIOGRAFÍA

1. Zhu N, Zhang D, Wang W, et al; China Novel Coronavirus Investigating and Research Team. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med.* 2020;382:727-733.
2. Infectious Diseases Society of America Guidelines on the Diagnosis of COVID-19. Published by IDSA, 5/6/2020.
3. Ho Yuen Frank Wong, Hiu Yin Sonia Lam, Ambrose Ho-Tung Fong, Siu Ting Leung, Thomas Wing-Yan Chin, Christine Shing Yen Lo, Macy Mei-Sze Lui, Jonan Chun Yin Lee et al. Frequency and Distribution of Chest Radiographic Findings in COVID-19 Positive Patients. *Radiology.* 2020.