

## PRESENTACIÓN CLÍNICA ATÍPICA EN PACIENTE ANCIANO CON SOSPECHA DE COVID-19

Dra. Marta González Eizaguirre<sup>1</sup> / Dña. Ana Mateo Abad<sup>3</sup> / Dra. Carmen Oquendo Marmaneu<sup>2</sup> / Dr. Miguel Sánchez Ortiz<sup>2</sup> / Dra. Esther Álvarez Gómez<sup>1</sup> / Dr. Carlos Gala Serra<sup>1</sup>

<sup>1</sup> FEA Geriatria. Hospital San Jose. Teruel

<sup>2</sup> MIR Geriatria. Hospital San Jose. Teruel

<sup>3</sup> EIR Geriatria. Hospital San Jose. Teruel

### RESUMEN

El 31 de diciembre de 2019 las Autoridades de la República Popular China, comunicaron a la Organización Mundial de la Salud (OMS) varios casos de neumonía de etiología desconocida aparecidos en Wuhan capital de la provincia Hubei, causada por un nuevo coronavirus que ha sido denominado SARS-CoV-2. Al igual que otros de la familia de los coronavirus, causa diversas manifestaciones clínicas englobadas bajo el término COVID-19, que incluyen cuadros respiratorios que varían desde el resfriado común hasta cuadros de neumonía grave con síndrome de distrés respiratorio, shock séptico y fallo multiorgánico. En el paciente mayor las manifestaciones clínicas pueden cursar de manera atípica comenzando con síntomas de malestar general, sin fiebre, con cuadros gastrointestinales y en ocasiones, de manera poco convencional con lesiones dermatológicas. A continuación se expone un caso clínico en el que se objetiva como el paciente anciano tiene una mayor susceptibilidad a la enfermedad que el paciente joven, debido a la pérdida de reserva funcional fisiológica que aparece en el envejecimiento y consecuencia también de padecer mayor número de enfermedades crónicas lo que condiciona un peor pronóstico en el caso de presentar infección por coronavirus.

### PALABRAS CLAVE

Paciente anciano, SARS-CoV-2, clínica atípica, lesiones dermatológicas, exantema vesiculopapular

### ABSTRACT

On December 31, 2019, the Authorities of the People's Republic of China reported to the World Health Organization (WHO) several cases of pneumonia of unknown etiology that appeared in Wuhan capital of Hubei province, caused by a new coronavirus that has been named SARS-CoV-2. Like others in the coronavirus family, it causes various clinical manifestations encompassed under the term COVID-19, including respiratory symptoms that vary from the common cold to severe pneumonia with respiratory distress syndrome, septic shock, and multiple organ failure. In the elderly patient, the clinical manifestations may occur atypically starting with symptoms of general malaise, without fever, with gastrointestinal symptoms and sometimes, unconventionally, with dermatological lesions. The following is a clinical case in which the elderly patient is found to be more susceptible to the disease than the young patient, due to the loss of physiological functional reserve that appears in aging and as a consequence of suffering from a greater number of diseases. chronic which conditions a worse prognosis in the case of presenting coronavirus infection.

### KEY WORDS

Elderly patient, SARS-CoV-2, atypical clinic, dermatological lesions, vesiculopapular rash

## INTRODUCCIÓN

La infección por SARS-Cov-2, denominada COVID-19 (Coronavirus Infectious Disease -19) es una enfermedad nueva y desconocida hasta diciembre 2019, declarada pandemia mundial el 11 de marzo de 2020 y causante de un gran número de fallecidos sobre todo personas mayores por lo que supone una emergencia sanitaria de primer nivel. La población de mayor edad es especialmente vulnerable a la infección por COVID-19, así como a desarrollar procesos de mayor gravedad; este aumento de morbi-mortalidad en paciente mayor se ha asociado tanto a las comorbilidades, especialmente la enfermedad cardiovascular (ECV), como a la situación de fragilidad que conlleva una respuesta inmunológica más pobre. En España -uno de los países más envejecidos a nivel mundial, la COVID-19 se ha convertido en una emergencia geriátrica.

La presentación clínica de la COVID-19 es variable. En los casos más severos, llega a producir neumonía que se puede complicar con un síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) y shock distributivo, cardiogénico o mixto. La población de edad avanzada y/o con comorbilidades médicas y síndromes geriátricos es la más vulnerable. En este hecho puede influir en el proceso de envejecimiento fisiológico especialmente por la disminución de la reserva funcional que dificulta la lucha contra las enfermedades y las infecciones. El síntoma más frecuente es la fiebre, sin embargo con frecuencia los pacientes de edad avanzada no la presentan, lo que puede ser claramente un factor confusor en el diagnóstico de esta población.

Existen una serie de hallazgos analíticos frecuentes relacionados con mal pronóstico de enfermedad como son la linfopenia, elevación de dímero D, elevación de LDH, ferritina, transaminasas, proteína C reactiva, y bilirrubina. En el paciente anciano existen otras manifestaciones que se asocian a cuadros graves como son: trastornos de la coagulación (tiempo prolongado de protrombina y elevación de dímero D), daño miocárdico (aumento de enzimas miocárdicas, cambios de ST-T en el electrocardiograma, cardiomegalia e insuficiencia cardíaca), disfunción gastrointestinal, lesiones cutáneas en partes acras, rhabdomiólisis y signos de hiperrespuesta inflamatoria sistémica.

A día 29 de junio de 2020, según los datos oficiales del Ministerio de Sanidad (Gobierno de España), hay 248970 casos confirmados en el territorio nacional con 28346 fallecidos. Este dato coloca a España en sexta posición en cuanto a número total de fallecidos a nivel mundial. A continuación aparecen dos gráficas de evolución de tasa de crecimiento de la pandemia en España y en Teruel (la provincia de donde es el caso clínico) y del número básico de la enfermedad, pudiéndose objetivar una diferencia notable de la evolución de la enfermedad en la provincia que compete, debido a sus características demográficas.

Teruel es una de las tres provincias que conforman la comunidad autónoma de Aragón. Posee una superficie de 14 809 km<sup>2</sup> y su población asciende a 133 344 habitantes (INE, 2020), de los cuales una cuarta parte viven en la capital. Ello supone una densidad de población de 9,01 hab./km<sup>2</sup>, una de las más bajas del país. Está dividida en dos sectores sanitarios (Sector Teruel y Sector Alcañiz). Tras el estudio de los datos anteriores, se puede objetivar de esta provincia las características demográficas diferentes a la mayor parte de las provincias españolas: por un lado existe una densidad poblacional baja, con la tasa de envejecimiento más alta de España y una alta dispersión geográfica. Estos hechos, favorecen en ocasiones que los pacientes (especialmente ancianos y frágiles) demoren las visitas a los centros hospitalarios y cuando presentan patología aguda, al ser valorados por un médico, presentan una clínica más larvada y evolucionada que en otros lugares.

El caso clínico que a continuación aparece, trata sobre las lesiones dermatológicas producidas en paciente anciano con sospecha de COVID-19, con una clínica de más de diez días de evolución.

## DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente de 91 años de edad con antecedentes médicos y quirúrgicos de hiperuricemia, fibrilación auricular, artritis reumatoide avanzada, osteoporosis, insuficiencia venosa crónica, carcinoma urotelial papilar de alto grado (G3) que invade la lámina propia. Resección transuretral realizada en mayo de 2019, fauquetomía bilateral, artroplastía total de rodilla izquierda

# Notas Clínicas

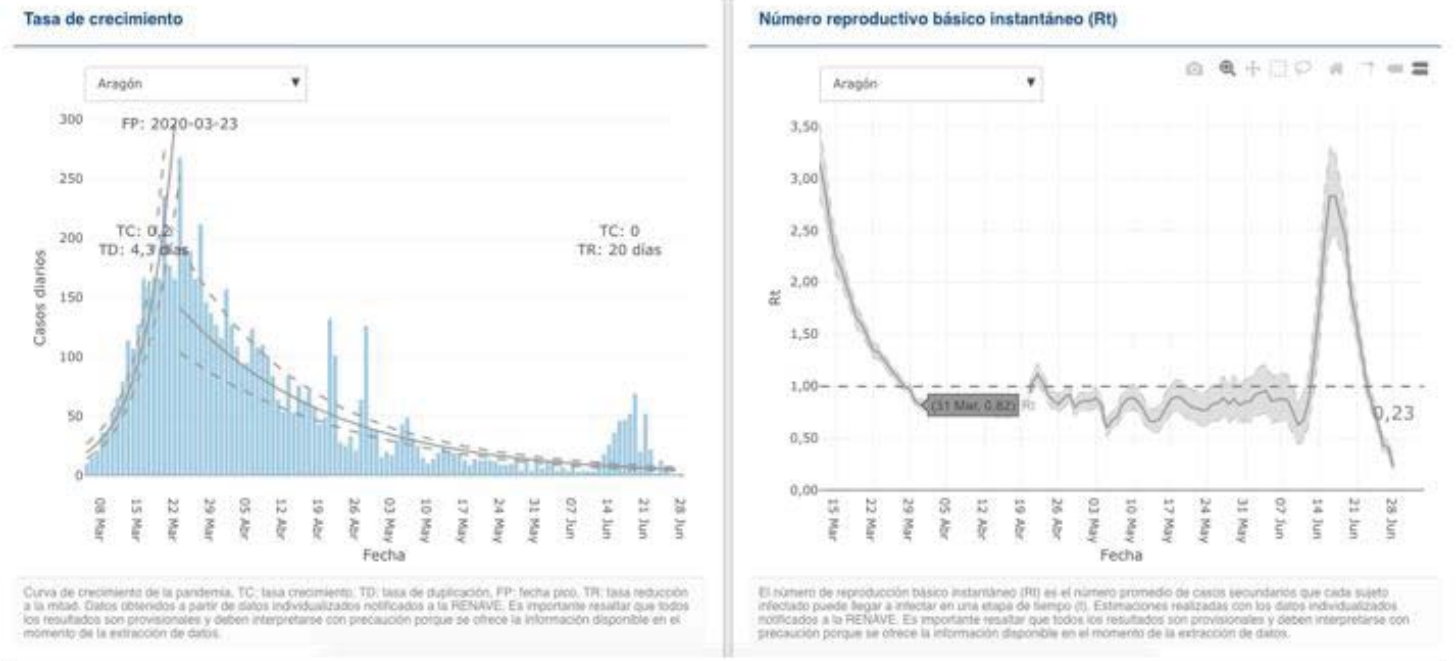


Fig. 1.

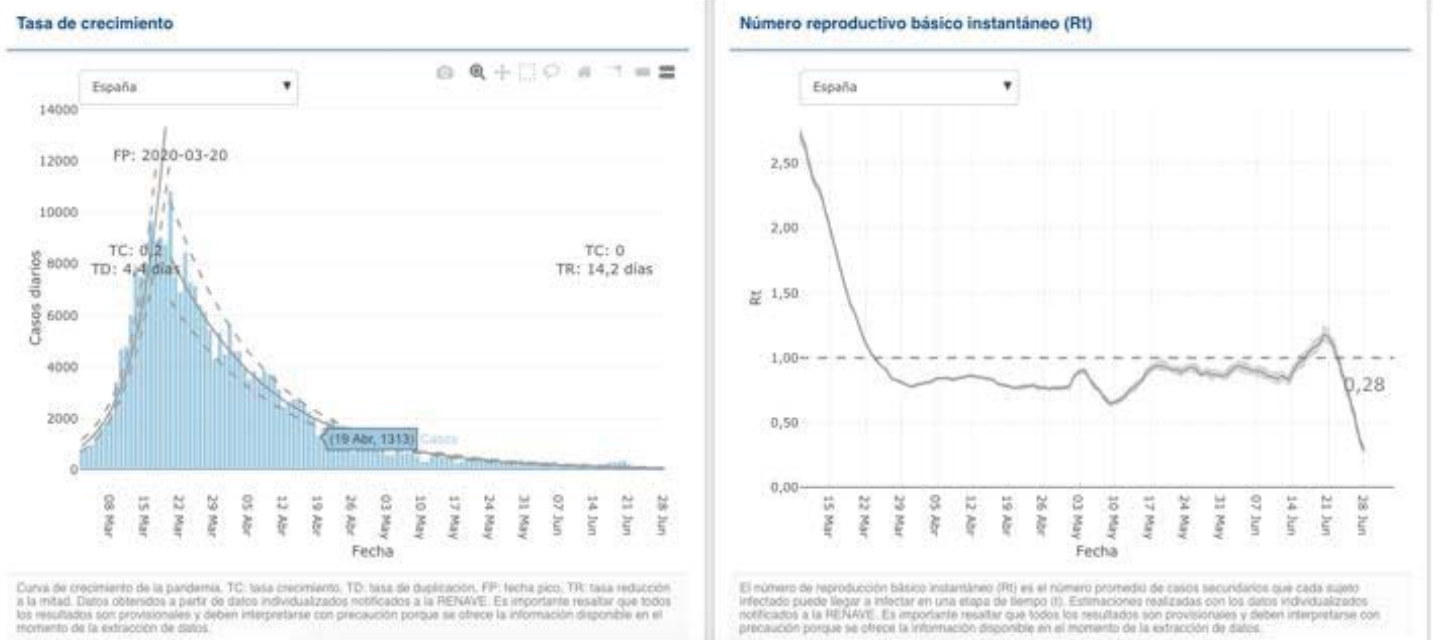


Fig. 2.

en febrero de 2006 por gonartrosis y recambio posterior de prótesis en noviembre de 2006 por aflojamiento. Presenta un ingreso reciente en medicina interna en diciembre de 2019 por infección respiratoria de complicada resolución, insuficiencia respiratoria aguda e insuficiencia renal crónica. Se encuentra en tratamiento con furosemida 40miligramos (mg), acenocumarol 4mg, bisoprolol 2,5mg, pantoprazol 20mg, alopurinol 100mg, flavonoico, indapamida 2,5mg, aterina 15mg, ácido alendrónico 70mg, calcio y vitamina D.



Fig. 3.

Al realizarle la valoración geriátrica global, se descubre que la paciente vive con una hija en domicilio (es la cuidadora principal) y tiene dos hijos más en la misma provincia. Dependiente leve para actividades básicas de la vida diaria, camina con muleta y supervisión y es incontinente urinaria ocasional. Índice de Barthel de 95. No tiene deterioro cognitivo ni trastorno del comportamiento. No parámetros nutricionales alterados previo a la situación actual.

La paciente acude a Urgencias derivada por su médico de Atención Primaria, por presentar desde hace una semana mal estado general; se visualizan edemas en extremidades inferiores que han ido aumentando hasta comenzar con flictenas y un importante exantema en espalda vesicopapular no descamativo. La extremidad inferior izquierda se encuentra extremadamente roja, aumentada de tamaño, dolorosa y con un hematoma en región posterior del muslo y con múltiples úlceras redondeadas de entre 1 centímetro (cm) - 1,5 cm de diámetro con abundante exudado. El médico de Atención Primaria no puede precisar el inicio del cuadro, de menos de diez días de evolución, sin llegar a conocer ni concretar la causa inicial que ha provocado el cuadro dermatológico, pero ha sido tratada con doxiciclina llegando a presentar empeoramiento tras el tratamiento. La cuidadora principal refiere que la paciente presenta además, estreñimiento pertinaz, debilidad generalizada e hiporexia.

En la exploración inicial la paciente se encuentra consciente pero desorientada en las 3 esferas. Eupneica en reposo y con palidez mucocutánea; a la auscultación cardiaca se oyen tonos arrítmicos con frecuencia a 67 latidos por minuto sin soplos ni extratonos audibles. En la valoración pulmonar se escucha hipoventilación generalizada con crepitantes bibasales de predominio en base derecha. El abdomen es blando, depresible, no tiene masas ni megalias y no es doloroso a la palpación profunda. No tiene signos de irritación peritoneal aguda. Los pulsos centrales y periféricos son normales. Destaca el edema con fóvea hasta las rodillas en ambas extremidades, de predominio en extremidad inferior izquierda, sin poderse descartar signos de trombosis venosa profunda (enrojecimiento y empastamiento de la extremidad, con leve aumento de temperatura local con respecto a extremidad contralateral). Varias úlceras exudativas en ambas extremidades, redondeadas, de 1-2 cm de diámetro, muy exudativas. Lesiones vesiculopapulosas de predominio centrípeto, en hombros, espalda, submamarías. En algunas se observa trayecto de metámera, pero diseminado (Fig. 3 y 4).

Exploración neurológica: Glasgow 15. Pupilas isocóricas, normoreactivas. Pares craneales: normales. Lenguaje normal. Fuerza y sensibilidad normal y simétrica en ambas EESS y EEII. No se aprecian signos meníngeos.

Se realiza analítica sanguínea en Urgencias donde se objetiva una insuficiencia renal crónica reagudizada con valores de urea: >257mg/dl, creatinina: 2.58mg/dl, sodio: 121mEq/l, potasio: 2.8mEq/l, PCR: 53.8mg/l. Troponina T 97. En el hemograma destaca una linfopenia y fibrinógeno y un Dímero D elevado: Leucocitos: 9,59  $10^9/L$  Linfocitos: 0,49  $10^9/L$  Neutrófilos: 8,45  $10^9/L$  Hemoglobina: 10,8 g/Dl vcm: 77,6 Fl. Hcm: 25,4 PG. Plaquetas: 135000.

En la radiografía de tórax destaca un pinzamiento de ambos senos costofrénicos en relación con derrame pleural de predominio en base izquierda, cardiomegalia y cierto infiltrado alveolar bilateral. Se identifica una fractura de húmero derecho no conocida.

Dado el empeoramiento clínico y analítico, con signos y parámetros compatibles con infección por Covid-19 (linfopenia, aumento de



## Notas Clínicas



Fig. 4.

Dímero D, LDH elevada a su ingreso, posible TVP en extremidad inferior izquierda, se decide ingreso en Unidad de Geriátrica. Se instaura tratamiento con antibioterapia (ceftriaxona y azitromicina) ajustada a función renal, corticoterapia e hidratación pero la paciente presenta mala evolución con insuficiencia renal crónica reagudizada que no responde a hidratación con sueroterapia. Se mantiene con sondaje vesical y en oligoanuria pese a tratamiento deplectivo endovenoso y a la Albúmina. Se descarta uso de Dopamina por mala situación clínica. Se desestima, en consenso con Nefrología, tratamiento con diálisis por no balance adecuado de beneficio-riesgo. Finalmente la paciente fallece a los 5 días de ingreso con los siguientes diagnósticos letales: alta sospecha de infección por Covid-19 con PCR negativa, hipocoagulabilidad yatrógena con hemorragia externa (epistaxis, hematuria, hematoquecia), trombosis venosa profunda en extremidad inferior izquierda, deshidratación hiponatrémica con hipokaliemia y linfopenia, anemia microcítica e hipocrómica,

insuficiencia cardiaca congestiva crónica reagudizada y exantema vesiculopapular diseminado en tronco combinado con lesiones de tipo urticariforme.

### DISCUSIÓN

La piel es un lugar donde se manifiestan multitud de patologías sistémicas. Las enfermedades exantemáticas son claros ejemplos de manifestaciones cutáneas de las infecciones por virus y muchas viriasis tienen algún tipo de visibilidad en la piel o las mucosas como la enfermedad por COVID-19.

Las manifestaciones cutáneas de la COVID-19 son muy variadas e inespecíficas, además pueden no tener relación con la gravedad del cuadro y resolverse de manera espontánea. Las formas de presentación cutánea que se han descrito hasta el momento van desde un exantema/rash: (eritematoso, petequial, morbiliforme) generalizado o localizado, inespecífico, similar a otros exantemas virales, de predominio en tronco, poco o nada pruriginoso a una erupción urticariforme con aparición de eritema y habones, clínicamente indistinguible de una urticaria aguda en hasta un 1,4% de los pacientes con COVID-19.

En el caso de referencia, se objetivan en la paciente unas lesiones en las extremidades, acro-isquémicas (perniosis-like o pseudoperniosis) que son eritematosas, parecidas clínicamente a la perniosis («sabañones»), asintomáticas al principio, aunque después pueden provocar dolor y aparecen en zonas acras (manos y pies). Las lesiones pueden aparecer en cara lateral, dorso y punta de dedos, de escasos milímetros y bien delimitadas, habiéndose observado también en plantas y talones. Evolucionan durante 2 semanas tornándose purpúricas, pudiendo incluso aparecer en su evolución ampollas en la superficie de las lesiones, áreas de necrosis y hasta gangrena seca; aunque con menos frecuencia, sobre todo en pacientes graves hospitalizados.

Otras lesiones que se han notificado en otros casos similares, son livedo reticular en muslos habitualmente de forma unilateral, púrpura petequial folicular en miembros, tronco y menos frecuentemente en cara, que podrían re-

# Notas Clínicas

flejar, al igual que las lesiones acro-isquémicas, un estado de hipercoagulabilidad.

El diagnóstico diferencial es muy complejo ya que además estos pacientes reciben múltiples tratamientos, incluidos antibióticos sistémicos y antivirales; interferones y también cloroquina, que se ven implicados en la aparición de erupciones cutáneas generalizadas

Se están procurando implementar protocolos de diagnóstico y seguimiento en Atención Primaria ante pacientes con clínica cutánea sugestiva de estar relacionada con el coronavirus, para remitir las fotos a los servicios de dermatología vía teledermatología, y que pueden poder ser estudiados y tratados adecuadamente.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Actualización No 56. Enfermedad Por El Coronavirus (COVID-19). Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. Ministerio de Sanidad [https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCovChina/documentos/Actualizacion\\_56\\_COVID-19.pdf](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCovChina/documentos/Actualizacion_56_COVID-19.pdf).
2. Huang C, Wang Y, Li X, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *The Lancet*. 2020;395(10223):497-506. doi:10.1016/S0140-6736(20)30183-5
3. Porcheddu R, Serra C, Kelvin D, Kelvin N, Rubino S. Similarity in Case Fatality Rates (CFR) of COVID-19/SARS-COV-2 in Italy and China. *J Infect Dev Ctries*. 2020;14(2):125-128. doi:10.3855/jidc.12600
4. Porcheddu R, Serra C, Kelvin D, Kelvin N, Rubino S. Similarity in Case Fatality Rates (CFR) of COVID-19/SARS-COV-2 in Italy and China. *J Infect Dev Ctries*. 2020;14(2):125-128. doi:10.3855/jidc.12600
5. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72 314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA*. February 2020. doi:10.1001/jama.2020.2648
6. Zhou F, Yu T, Du R, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *The Lancet*. 2020;0(0). doi:10.1016/S0140-6736(20)30566-3.