



<http://www.elsevier.es/semergen>

482/1420 - ASÍ COMENZÓ TODO

E. Garrido López¹, M. Rodríguez García², A. Páramo Aguado³ y R. Escudero González¹

¹Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Armunia. León. ²Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Armunia. León. ³Enfermero. Hospital Virgen del Mirón. Soria.

Resumen

Descripción del caso: 15 de marzo de 2020, son las 23: 00h, en nuestro punto de atención continuada (PAC), aviso desde una residencia socio-sanitaria. Varón de 91 años ha comenzado a emitir sangre oscura por la cavidad oral. No nos proporcionan más datos. En la historia clínica consta alergia a metamizol, hipertensión arterial, fibrilación auricular (anticoagulada con acenocumarol), portador de marcapasos y deterioro cognitivo moderado.

Exploración y pruebas complementarias: A nuestra llegada se encuentra en decúbito supino en la cama, con restos hemáticos en posos de café y contenido sanguinolento fresco en cavidad oral, consciente, semiorientado y poco colaborador. La cuidadora niega que tuviera tos. Auscultación: arrítmico a 90 lpm, murmullo vesicular globalmente disminuido, crepitantes en base derecha. Abdomen: blando, depresible, dolor a la palpación en epigastrio, no se palpan masas ni megalías, no defensa, ruidos conservados. Extremidades inferiores: sin alteraciones. Tacto rectal normal. TA: 147/74, SatO2 92%, temperatura axilar 38,5 °C. Administramos paracetamol 1 g, metoclopramida 1 mg y 500 cc de suero fisiológico intravenoso. Trasladamos en soporte vital básico a urgencias hospitalarias. Se descarta realizar procedimientos invasivos y es dado de alta. Analítica en urgencias con anemia (Hb 11,7), leucopenia (4,0) y PCR 67,4.

Orientación diagnóstica: Dos días más tarde es derivado desde el PAC, en esta ocasión por disnea y fiebre. La analítica muestra anemia, linfopenia (0,54), dímero D 1.302, fibrinógeno 540, INR 2,60, TP 26%, PCR 130. Gasometría arterial: PO2 58,7%, pH 7,5, PCO2 32,9%. Radiografía de tórax: borrosidad de la trama broncovascular con opacidades reticulares y focos de consolidación en campo superior de hemitórax izquierdo y base pulmonar derecha. PCR positiva para SARS-CoV-2. Ingresa, falleciendo cinco días después.

Diagnóstico diferencial: Hemorragia digestiva alta (HDA). Infección respiratoria con hemoptisis. Tromboembolismo pulmonar (TEP).

Comentario final: Posiblemente se trataran de ambas patologías concomitantes, HDA y neumonía por COVID-19. Actualmente, sabemos que el SARS-CoV-2 (al igual que el tipo 1) puede provocar alteraciones en la cascada de la coagulación, desencadenando fenómenos trombóticos. Sin embargo, complicaciones tales como el sangrado son muy infrecuentes.

Bibliografía

1. Iba T, Levy JH, Levi M, Thachil J. Coagulopathy in COVID-19. J Thromb Haemost. 2020;18:2013-9.
2. Berlin DA, Gulick RM, Martinez FJ. Severe COVID-19. NEJM. 2020.

Palabras clave: Coagulación. Coronavirus. Neumonía.