



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

482/228 - EN TIEMPOS DE PANDEMIA NO TODO ES COVID-19

M. Huertas Roca, M. Rizo Baeza y E. Cortes Castell

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Florida. Alicante.

Resumen

Descripción del caso: Varón 42 años, ex fumador, con antecedentes de uretritis. Refería disnea y febrícula en las últimas semanas que asociaba a contusión costal.

Exploración y pruebas complementarias: Radiografía de tórax: opacidades pulmonares múltiples bilaterales y aéreas de alveolograma aéreo. Aunque este último hallazgo es atípico, en el contexto epidemiológico actual son sugestivas de COVID-19. TA: 120/84. FC: 117 lpm. Sat. O₂: 94%. T^a: 37 °C. ECG normal. PCR 3,19 mg/dl, ferritina 1.231 ?g/L, dímero D 7,11 ?g/mL, hemoglobina 12 g/dl, leucocitos $3,74 \times 10^3$ /?L. Hemograma, transaminasas y filtrado glomerular normales. Gasometría arterial: PO₂ 76 mmHg, PCO₂ 37 mmHg, HCO₃ 25 mmol/L, lactato 0,9 mmol/L. Antígenos *Legionella pneumophila* y neumococo: negativos. Tinción micobacterias negativa IgG e IgM *Mycoplasma pneumoniae* y *Chlamydia pneumoniae*: negativos IgG Citomegalovirus y Epstein Barr: positivos. Treponema y toxoplasma negativos Ac. VIH positivo. Linfocitos T CD4 54 cel/?L; cociente CD4/CD8 0,11. TAC pulmonar: signos de enfisema paraseptal y centrolobulillar. No adenopatías mediastínicas. Opacidades en vidrio deslustrado de distribución bilateral y difusa, con patrón en empedrado y una consolidación en lóbulo inferior izquierdo. Analítica al mes de tratamiento: 253 cel/?L y Cociente CD4/CD8 0,21.

Orientación diagnóstica: En la actual pandemia y ante la descripción de disnea y febrícula la primera sospecha era la infección por COVID-19 aunque los hallazgos radiológicos eran atípicos. Por tanto, cabía descartarse otros procesos infecciosos o respiratorios o incluso un TEP.

Diagnóstico diferencial: Neumonías atípicas. Edema pulmonar o síndrome de distrés respiratorio agudo. Hemorragia alveolar difusa. Enfermedad pulmonar intersticial. Neumonitis por hipersensibilidad o radiación. Sarcoidosis. Proteinosis alveolar. Fibrosis pulmonar idiopática.

Comentario final: En la actual pandemia no se deben olvidar otras patologías relevantes con las que debe hacerse un diagnóstico diferencial. Desde Atención Primaria son necesarias estrategias de sospecha y detección precoz de pacientes VIH. Esto podría disminuir la mortalidad asociada a estadios más avanzados de la enfermedad. Es vital el seguimiento de estos pacientes para mejorar la adherencia al tratamiento.

Bibliografía

1. Asensi Diez R. Fernández Cuerva C, Alcaraz Sánchez J.J, Muñoz Castillo I. Diagnóstico al alta y causas de mortalidad de pacientes VIH+ ingresados en un hospital de tercer nivel. Rev Esp Quimioter. 2019;32(4):317-26.

2. Zuluaga I. Protocolo de estudio y manejo de infección por *Pneumocystis jirovecii*. Infectio. 2012;16(3):129-31.

Palabras clave: *Pneumocystis carinii*. Coronavirus. Infección VIH.