



<https://www.revclinesp.es>

276 - NO TODO ES COVID

J. Rodríguez Prida, C. Helguera Amezua, L. Pérez Casado, C. Delgado Vergés, A.M. Álvarez Suárez, S. Rodríguez Vega, J. Toranzo Murugarren y E.M. Fonseca Aizpuru

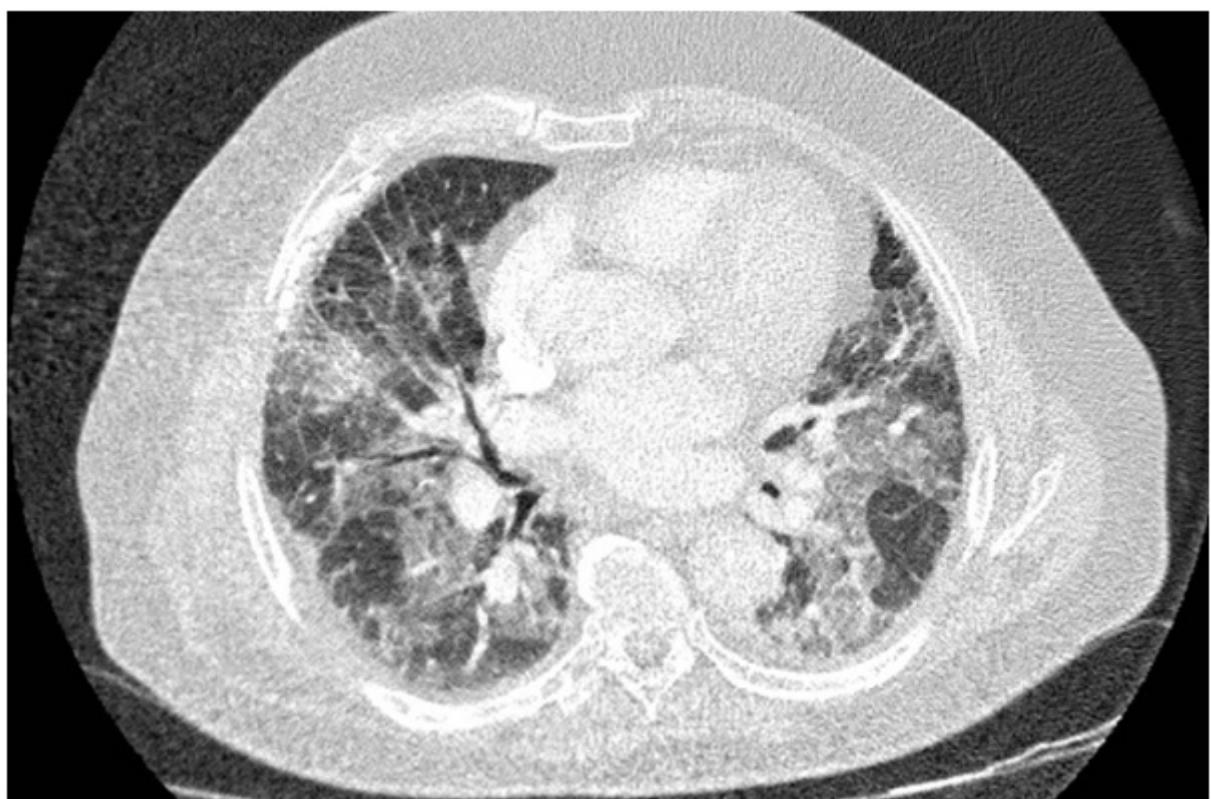
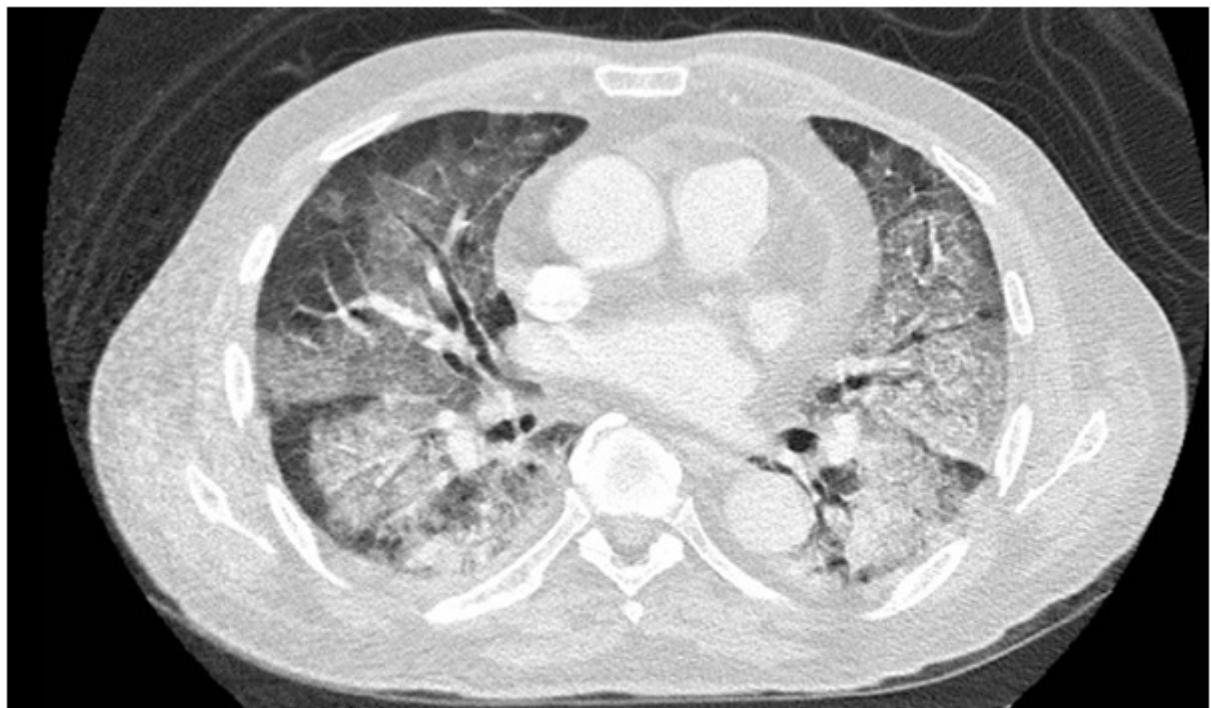
Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón.

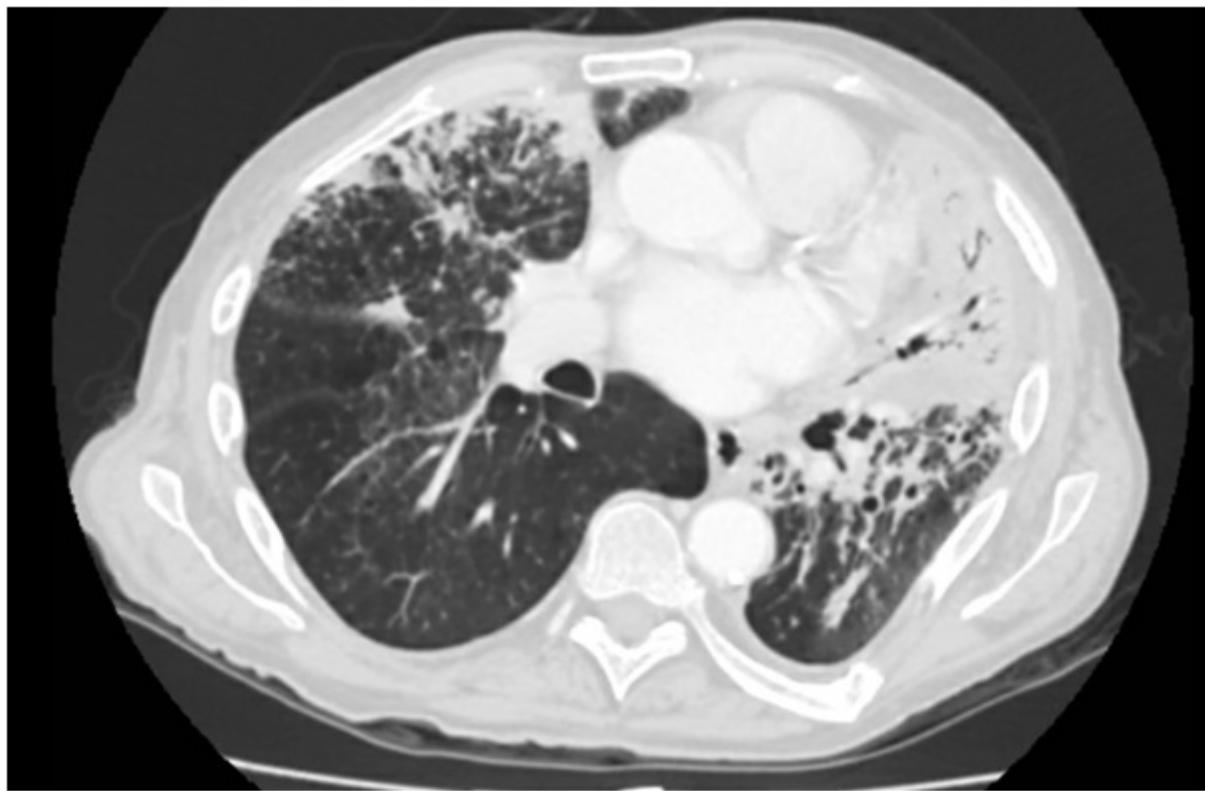
Resumen

Objetivos: Describir las características clínicas y evolutivas de 3 pacientes ingresados en nuestro centro con elevada sospecha de infección por SARS-CoV-2 en los que finalmente se halló otro diagnóstico.

Métodos: Se describen 3 pacientes ingresados en nuestro centro en la planta de casos sospechosos de COVID con clínica y analítica muy sugestiva de infección por SARS-CoV-2 pero en los que el diagnóstico final fue muy diferente.

Resultados: Caso 1: varón de 73 años, exfumador y asmático. Acude por disnea y fiebre de 10 días de evolución. Analíticamente presenta leucocitosis (13.800) y PCR elevada (234 mg/L). En la Rx consolidación en hemitórax izquierdo e infiltrados en el derecho que se confirman en el TC (izquierda). Tras varias PCR negativas se rehistórica al paciente, quien refiere estancia reciente en Guinea Ecuatorial, por lo que se solicitan micobacterias en esputo con resultado positivo para *Mycobacterium tuberculosis* y se inicia tratamiento tuberculostático con buena evolución. Caso 2: varón de 70 años exfumador sin otros antecedentes. Ingresa por cuadro de disnea, fiebre y astenia de 3 semanas de evolución; aporta un TC cervical privado realizado por odinofagia con engrosamiento del seno piriforme. Analíticamente presenta leucocitosis (12.880), elevación de D-D (2.735 ng/mL), LDH elevada (511 mg/L) y PCR elevada (208 mg/L). En la Rx presenta infiltrados bilaterales. El TC pulmonar es sugestivo de distrés (centro). Varias PCR y serologías de SARS-CoV-2 son negativas. Durante el ingreso se evidencia edema bimaleolar por lo que se solicita estudio de orina, con proteinuria moderada. Ante la sospecha de vasculitis se pide autoinmunidad, con resultado positivo para ANCA PR3, compatible por lo tanto con granulomatosis con poliangeítis con afectación ORL, pulmonar y renal. Se inicia tratamiento inmunosupresor pero el paciente fallece. Caso 3: varón de 77 años, exfumador, HTA y EPOC, con ingreso 2 meses antes por infección grave por SARS-CoV-2. Acude por fiebre diaria, astenia y disnea de reposo de 1 semana de evolución. Analíticamente presenta leucocitosis sin linfopenia, LDH elevada (675) y PCR elevada (116). En la Rx presenta infiltrados bilaterales sugestivos de neumonía COVID-19. Ante la sospecha de reinfección se solicitan varias PCR (negativas) y se completa estudio con TC tórax (derecha), con extensos infiltrados en vidrio deslustrado. A pesar de no haber recibido tratamiento inmunosupresor durante el ingreso previo se solicitan estudios de infecciones oportunistas, con PCR positiva para *Pneumocystis jirovecii*, por lo que se inicia tratamiento con trimetoprim-sulfametoazol y prednisona, con buena evolución clínica.





Conclusiones: La pandemia COVID-19 ha modificado completamente la forma de trabajo en todos los hospitales, reservando habitualmente una sección para los casos sospechosos, con el riesgo que conlleva centrarse exclusivamente en la infección por SARS-CoV-2. Queremos recalcar la importancia de sospechar otras posibles etiologías que pueden cursar de forma muy parecida y cuyo diagnóstico precoz puede determinar la evolución clínica.