



Mi Universidad

Caso clínico

Nombre del alumno: Hannia González Macías

Nombre del tema: Caso clínico

Grado: 3er semestre Grupo: "A"

Nombre de la materia: Epidemiología II

Nombre del profesor: Dr. Guillermo Del Solar Villarreal

Licenciatura: Medicina Humana

Tapachula, Chiapas. 19 de noviembre del 2023

Caso clínico COVID-19

Varón de 57 años sin antecedentes de interés, salvo un episodio de fibrilación auricular paroxística que precisó cardioversión hace años. No tomaba ningún tratamiento crónico. Desde principios de marzo de 2020 presentó un cuadro insidioso de mialgias, cefalea, disgeusia, diarrea y fiebre refractaria. El 13 de marzo se realiza PCR de SARS-CoV-2 con resultado positivo, por lo que inicia aislamiento domiciliario. El 19 de marzo acude a Urgencias por empeoramiento clínico con saturación basal de 96%, auscultación de crepitantes pulmonares basales izquierdos y una frecuencia respiratoria de 13 respiraciones por minuto. En la analítica destaca las siguientes alteraciones: linfocitos 1090/ μ L, TFG 64 ml/min, Na 134 mmol/L, CK 1455 U/L, GOT 75 U/L, LDH 299 U/L, PCR 46 mg/L y dímero D 303 ng/ mL. En la radiografía de tórax se observa una opacidad con broncograma aéreo en el lóbulo inferior derecho (Figura 1). Se inicia ritonavir/lopinavir, hidroxicloroquina y azitromicina y se decide alta a domicilio tras petición del paciente con diagnóstico de neumonía unilateral en contexto del COVID-19 sin evidencia de compromiso respiratorio y rabdomiolisis asociada a fracaso renal leve. Tras cinco días acude de nuevo a Urgencias por empeoramiento clínico con aparición de disnea con necesidad de oxigenoterapia a bajo flujo en gafas nasales. Ha presentado además intolerancia digestiva al ritonavir/lopinavir. En la exploración, presenta leve trabajo respiratorio con uso de musculatura abdominal y sat 94% con oxígeno suplementario. Se realiza una nueva radiografía que muestra opacidades de nueva aparición en lóbulo inferior izquierdo, lóbulo medio y llingula, así como aumento difuso del intersticio peribroncovascular (Figura 1). Se mantiene el tratamiento con hidroxicloroquina y azitromicina. Ingresa en la unidad de pacientes críticos respiratorios (UCRI). A su ingreso presenta un pico febril de 38,2°C y creciente desaturación, iniciando ventilación con gafas nasales de alto flujo a 30 litros. Se realiza ecografía torácica en la que se evidencia líneas B en tercio inferior del ambo hemitórax y una pequeña consolidación en lado derecho. El 25 de marzo persiste la disnea y presenta empeoramiento del estado general con dolor a la inspiración, junto con un empeoramiento analítico con linfocitos 620/ μ L, LDH 375 U/L y PCR 228 mg/L. El 27 de marzo presenta un pequeño pico febril y taquicardia a 130 lpm, que cede en 30 minutos tras maniobra vagal iniciando flecainida que se modifica a diltiazem posteriormente para reducir el riesgo de interacción con la hidroxicloroquina. El 28 de marzo se pauta tocilizumab 600 mg en bolo, tras objetivarse progresión del deterioro clínico, un progresivo ascenso de la interleucina-6 (de 56,18 pg/mL a 106.5 pg/mL) y un descenso de la interleucina-12 (de 3.77 pg/mL a 0 pg/mL). El único efecto adverso detectado es una elevación transitoria leve de las transaminasas. Presenta progresivamente buena evolución clínica con retirada de alto flujo de la oxigenoterapia y traslado a planta el 30 de marzo. Se mantiene estable, con evolución favorable. Se va

retirando gradualmente la oxigenoterapia, manteniendo saturación de 94% con 1 lpm. Presenta mejoría analítica con descenso de los reactantes de fase aguda, normalización de los linfocitos y resolución parcial de las opacidades en campos inferiores, con aumento de la atenuación de las opacidades en campos medios (Figura 1). El 31 de marzo, se retira la hidroxiclороquina, completa el segundo ciclo de azitromicina y se retira de forma gradual el diltiazem. Permanece estable, sin incidencias posteriores, manteniendo una saturación basal de 92% (que aún baja con la tos) y sin disnea de esfuerzos o palpitaciones, por lo que se procede al alta hospitalaria, con nueva PCR de control que sigue siendo positiva (y no se negativizó hasta el 14 de abril).

Tras el alta, continúa con evolución lentamente favorable, con aparición de dolor costal izquierdo a pesar de analgesia de primer escalón reforzada y dificultad para la inspiración profunda. Se realiza una TC pulmonar con contraste que muestra múltiples áreas de opacidad en vidrio deslustrado distribuidas por la región periférica de ambos pulmones, algunas zonas de opacidad lineal de apariencia más fibrótica en LSI y una fractura no desplazada del arco anterior de la sexta costilla izquierda aguda atraumática, atribuida a la tos. Una TC de control realizado a los dos meses del alta sigue mostrando algunas tenues áreas de opacidad en vidrio deslustrado periféricas en ambos pulmones, mucho menos extensas, y fracturas no desplazadas con formación de callo en arco anterior de quinta y sexta costillas izquierdas.

