

## CASO CLÍNICO

## COVID-19: UN CASO CLÍNICO

## COVID-19: A CASE REPORT

Jesús Mateos Nozal<sup>1</sup>; Beatriz Montero Errasquín<sup>1</sup>; Alfonso J. Cruz Jentoft<sup>2</sup><sup>1</sup> Servicio de Geriátría. Hospital Universitario Ramón y Cajal (IRYCIS). Madrid<sup>2</sup> Jefe de Servicio de Geriátría. Hospital Universitario Ramón y Cajal (IRYCIS). Madrid  
Académico correspondiente de la Real Academia Nacional de Medicina de España**Palabras clave:**COVID-19;  
Coronavirus;  
Síndrome  
respiratorio agudo  
grave del adulto por  
coronavirus-2.**Keywords:**COVID-19;  
Coronavirus;  
Severe acute  
respiratory syndrome  
coronavirus-2.**Resumen**

La pandemia de la COVID-19 se sigue extendiendo rápidamente desde que fue descrita en Wuhan en diciembre de 2019. España ha destacado por la especial incidencia de esta enfermedad en profesionales sanitarios. Aunque el número de artículos sobre ella crece exponencialmente, hay muy pocos casos clínicos publicados que describan lo que ha afrontado cada médico en el día a día de la pandemia. Es fundamental que los profesionales aprendan a transmitir la gravedad que puede alcanzar la COVID-19 para concienciar a la población sobre la importancia de la prevención.

**Abstract**

COVID-19 pandemic is relentlessly spreading worldwide since it was described in Wuhan in december 2019. A high incidence in health care workers has been described in Spain. The number of articles discussing this condition is exponentially growing, but few published cases report on what physicians have faced in their daily work. It is key that health care providers learn how to convey the severity that COVID-19 can reach, in order to raise awareness on the importance of prevention.

## INTRODUCCIÓN

En diciembre de 2019 se empezaron a describir casos de una nueva enfermedad, cuya manifestación principal es una neumonía, que recibió el nombre de COVID-19 (*coronavirus disease 2019*), causada por una nueva cepa de coronavirus (SARS-CoV-2, *severe acute respiratory syndrome coronavirus 2*). Esta enfermedad fue declarada inicialmente como emergencia de Salud Pública y posteriormente como pandemia global por la Organización Mundial de la Salud (1). En julio de 2020, se alcanzaron 10.719.946 casos a nivel mundial incluyendo 517.337 muertes (1), mientras que en España se registraron 250.103 (2), aunque sigue activa y en crecimiento en muchos países del mundo.

La presentación clínica y complicaciones de la COVID-19 se han descrito en muchas poblaciones de numerosos países, incluyendo los 1099 pacientes de la primera serie descrita en China. Los pacientes tenían una edad media de 47 años y presentaban fiebre y tos, seguidas de astenia, disnea y mialgias. Se observaron opacidades en vidrio deslustrado en la radiografía al ingreso en el 56% y se objetivó frecuentemente la presencia de linfopenia, así como la elevación de PCR, LDH, dímero D, enzimas hepáticas y creatininkinasa (3). Además de series,

se han publicado algunos casos clínicos de pacientes con COVID-19 que permiten comprender el curso de la enfermedad (4-6).

Las tasas de contagio por COVID-19 entre los profesionales sanitarios parece haber sido generalmente mayor que la de la población general, si bien son variables entre los distintos países, describiéndose un 3% en Estados Unidos, 3,8% en China, 6% en Holanda y 10% en Italia (7). En España esta tasa es más alta, llegando a un 14,5% en mayo de 2020, con 30.660 casos. Las características de los profesionales sanitarios afectados por COVID-19 parecen ser diferentes a las de la población general, reflejando la composición de este personal: predominan mujeres, de 46 años, con tos, fiebre y escalofríos. El 70% de los profesionales había tenido contacto estrecho con casos de COVID-19 probable o confirmado, el 16,5% desarrolló neumonía, un 10,9% precisó hospitalización y un 0,1% falleció. Se observó mayor frecuencia de neumonía, comorbilidades, hospitalización e ingreso en UCI en los hombres (8).

Se presenta aquí el caso clínico de un médico de un hospital de Madrid que enfermó cuando comenzaba a subir la curva de la pandemia, con la intención de reflejar la visión del clínico hospitalario de un tipo de enfermos que se han visto en gran número durante la pandemia de la COVID-19.

**Autor para la correspondencia**

Jesús Mateos Nozal

Servicio de Geriátría. Hospital Universitario Ramón y Cajal

Ctra. Colmenar, km 9,1 · 28001 Madrid

E-Mail: [jesus.mateosdel@salud.madrid.org](mailto:jesus.mateosdel@salud.madrid.org)

## CASO CLÍNICO

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/ $\mu$ 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, hidroxyclo-roquina 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 hidroxyclo-roquina 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 ambos 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/ $\mu$ 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 hidroxyclo-roquina.

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 hidroxyclo-roquina, 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).

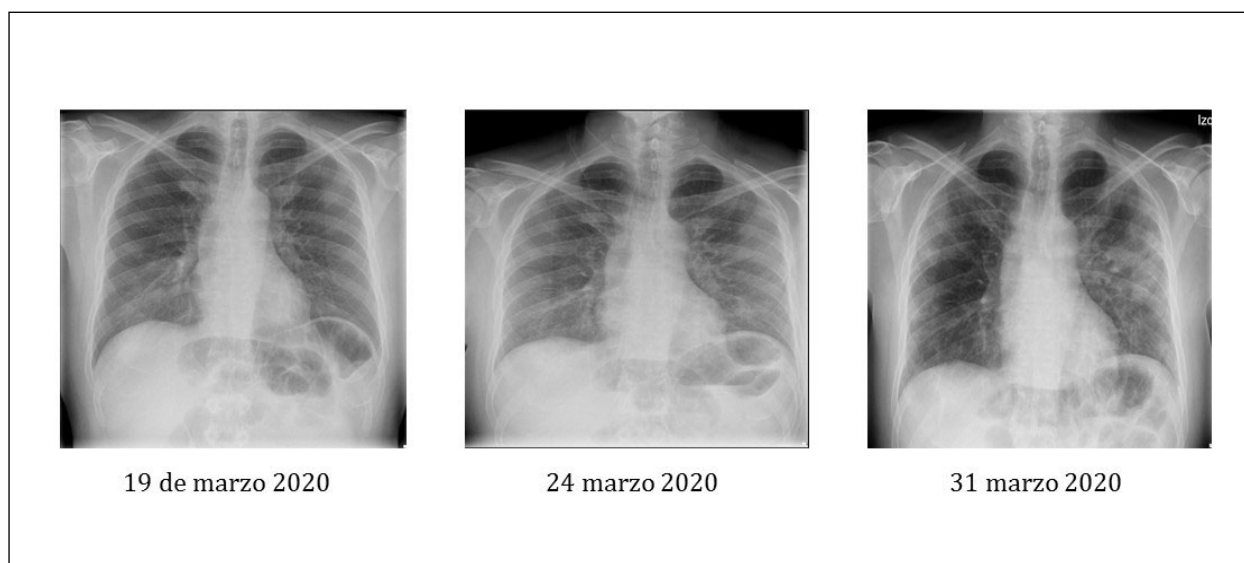


Figura 1. Evolución radiográfica.

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 (Figura 2) traumática, 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.

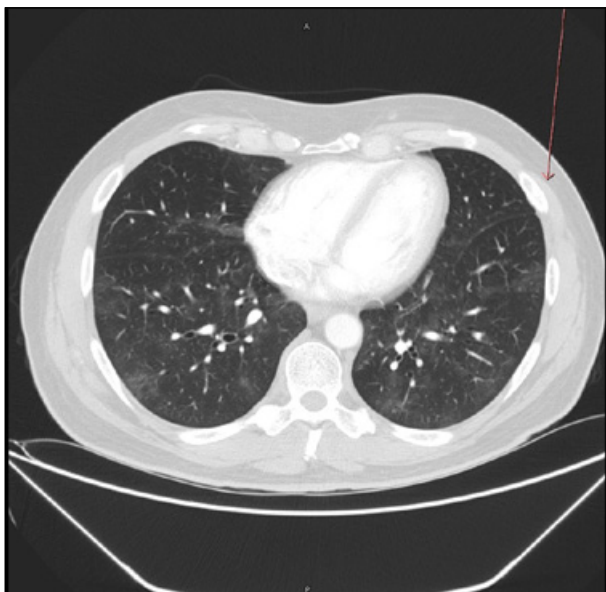


Figura 2. Control de imagen por TAC pulmonar (16 Abril).

## DISCUSIÓN

La COVID-19 es una pandemia mundial que ha causado un enorme número de muertes, especialmente entre los más desfavorecidos. Ha afectado también a quienes han cuidado de los enfermos, especialmente los profesionales sociosanitarios.

Este caso presenta algunas diferencias respecto al patrón más común descrito en nuestro entorno por el Instituto de Salud Carlos III (sexo femenino, edad media de 46 años y clínica florida) (8) y tiene una complicación peculiar en las fracturas costales de estrés. Es preciso recordar la importancia de prevenir nuevos casos de COVID-19 en la población general y especialmente entre los profesionales sanitarios, quienes deben seguir las recomendaciones existentes y disponer en toda su práctica profesional de los equipos de protección apropiados (9). Hasta la fecha, las medidas preventivas que han mostrado utilidad en el medio sanitario han sido la distancia de seguridad, el uso de mascarillas y la protección ocular (10).

## BIBLIOGRAFÍA

1. WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard. [consultado 25 Jun 2020]. Disponible en: <https://covid19.who.int/>
2. Enfermedad por nuevo coronavirus, COVID-19. [consultado 25 Jun 2020]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/en/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/home.htm>
3. Guan W, Hu Y, Liang W et al. Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. *N Engl J Med* 2020; 382(18): 1708-1720.
4. Serrano Ferrer C. Caso clínico: neumonía de comunidad gravedad COVID-19. *Rev Chil Anest* 2020; 49(3): 443-446.
5. Douedi S, Miskoff J. Novel coronavirus 2019 (COVID-19). A case report and review of treatments. *Medicine (Baltimore)* 2020; 99(19):e20207.
6. Ng K, Poon BH, Kiat Puar TH et al. COVID-19 and the risk to health care workers: a case report. *Ann Intern Med* 2020; 172(11): 766-767.
7. European Centre for Disease Prevention and Control. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) in the EU/EEA and the UK - ninth update, 23 April 2020. Stockholm: ECD; 2020.
8. Informe sobre la situación de COVID-19 en personal sanitario en España a 04 de mayo de 2020. Equipo COVID-19. RENAVE. CNE. CNM (ISCIII).
9. European Centre for Disease Prevention and Control. Infection prevention and control for COVID-19 in healthcare settings – Third update. 13 May 2020. ECDC: Stockholm; 2020.
10. Chi DK, Aki EA, Duda S et al. Physical distancing, face masks, and eye protection to prevent person-to-person transmission of SARS-CoV-2 and COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2020; 395: 1973-1987.

## DECLARACIÓN DE TRANSPARENCIA

Los autores/as de este artículo declaran no tener ningún tipo de conflicto de intereses respecto a lo expuesto en el presente trabajo.

### Si desea citar nuestro artículo:

Mateos-Nozal J.

COVID-19: un caso clínico

ANALES RANM [Internet]. Real Academia Nacional de Medicina de España;

An RANM · Año 2020 · número 137 (02) · páginas 147–149

DOI: 10.32440/ar.2020.137.02.cc01