



# 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. O<sub>2</sub>: 94%. T<sup>a</sup>: 37 °C. ECG normal. PCR 3,19 mg/dl, ferritina 1.231 µg/L, dímero D 7,11 µg/mL, hemoglobina 12 g/dl, leucocitos 3,74 × 10<sup>3</sup>/µL. Hemograma, transaminasas y filtrado glomerular normales. Gasometría arterial: PO<sub>2</sub> 76 mmHg, PCO<sub>2</sub> 37 mmHg, HCO<sub>3</sub> 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/µL; 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/µL 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.